

Bài dịch:

Đánh giá việc điều trị vết thương xuyên thấu vùng cổ nhân một trường hợp

Tg: Ashish Varghese

Tóm tắt

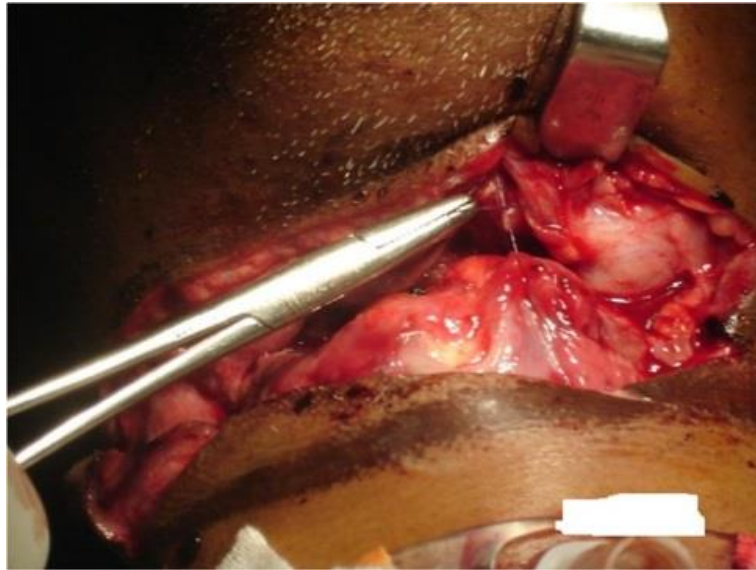
Vết thương ở cổ chiếm 5-10% các trường hợp vào cấp cứu. Chúng tôi phải chuẩn bị tâm thế cho các phẫu thuật viên điều trị các trường hợp này. Việc đánh giá vết thương cổ tiến hành sau khi ổn định toàn trạng. Công việc điều trị sẽ thay đổi từ thăm dò thường quy đến việc thăm dò chọn lọc. Tổn thương đường tiêu hóa và các mạch máu thường gặp ở vùng này.

Đặt vấn đề:

Vết thương vùng cổ đâm sâu qua lớp cân cổ nông được coi là vết thương xuyên thấu cổ. Vết thương xuyên thấu cổ chiếm 5-10% các trường hợp vào khoa cấp cứu và có tỉ lệ tử vong đáng kể. Việc điều trị đòi hỏi phương pháp tiếp cận logic, nhanh chóng đánh giá đầy đủ tổn thương đường thở và các mạch máu, khả năng tổn thương xương và thần kinh trước khi can thiệp phẫu thuật. Chúng tôi xin trình bày một trường hợp vết thương xuyên thấu vùng họng hầu.

Báo cáo ca bệnh

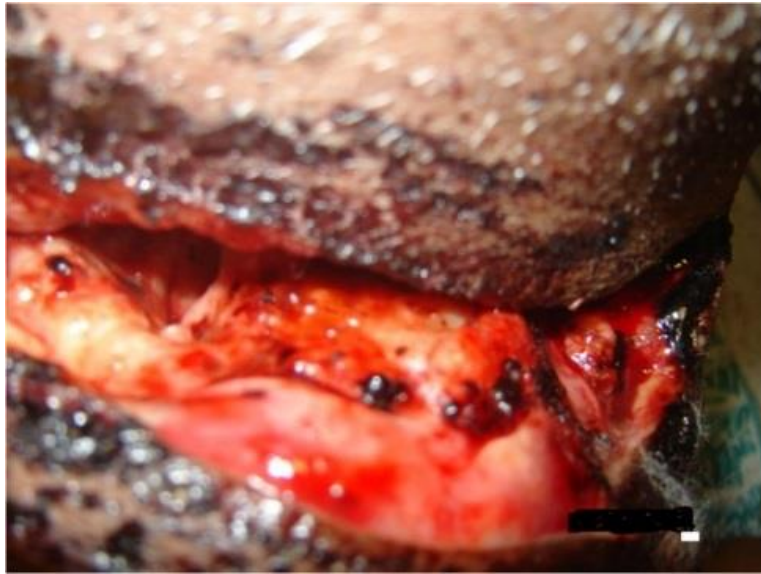
Bệnh nhân nam, 48 tuổi vào khoa cấp cứu chấn thương với tiền sử bị tấn công vào vùng cổ trước đó 12 giờ. Một vết thương dài 12cm, bờ sắc gọn ngang đường giữa, ngay dưới xương móng, kéo dài từ bờ trước cơ ức đòn chũm bên này sang bên kia. Phía bên trái lộ tuyến nước bọt dưới hàm, phía bên phải có dò khí và nước bọt. Có máu cục trong miệng, phù nề quanh hốc mắt cả hai bên nhưng không ảnh hưởng thị lực. Vết thương đã cầm máu, vùng cổ xung nề nhẹ, đau ít, cử động tự do được. Không nghi ngờ có tổn thương đốt sống cổ. Tuần hoàn hệ thống có vẻ ổn định, để thận trọng, chúng tôi vẫn gây tê tại chỗ, mở khí quản đảm bảo thông khí tốt khi kiểm tra vết thương vùng họng hầu, thanh quản. Sau khi gây mê toàn thân, chúng tôi dùng nội soi ống mềm và hút, kiểm tra cẩn thận, thấy rằng thanh quản không tổn thương, vết thương xuyên đến thành họng hầu bên phải. Thăm dò thận trọng ở vùng cổ cho thấy ở vùng tam giác trước, các mạch máu chính còn nguyên vẹn. Thất buộc tĩnh mạch cổ trước bị rách. Rửa vết thương bằng dung dịch povidone và nước muối sinh lý, khâu vết thương từng lớp. Khâu kín yết hầu bằng các mũi khâu liên tục chỉ Vicryl 3.0. Đặt ống thông dạ dày qua mũi. Kháng sinh điều trị là Ciprofloxacin và Metronidazole. Để lưu ống nuôi ăn 8 ngày. Ở thời điểm này, khi cắt chỉ, thấy có vài chỗ xung nề ở bên phải cổ, bệnh nhân có sốt. Tách vết thương cho mũ lẫn nước bọt chảy ra. Tiếp tục nuôi dưỡng qua ống và thay kháng sinh bằng Amoxicillin kết hợp acid Clavulanic. Tiếp theo 8 ngày nữa, vết thương lành hoàn toàn, kiểm tra lại bằng chụp có uống barium, rút bỏ ống Ryle's vào ngày thứ 16 sau mổ.



Exposed left submandibular gland



Horizontal cut seen extending from the anterior border of left sternomastoid to right side posterior border of sternomastoid



Pharynx seen through the right side wound with salivary leak



Showing periorbital oedema and blood in the nasal and oral opening

Đánh giá

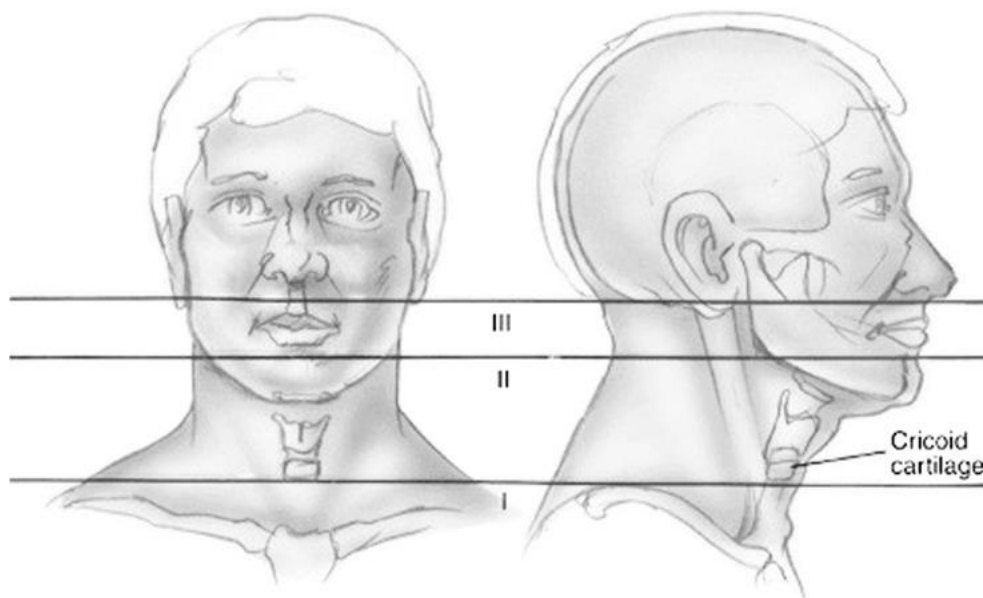
Khi bệnh nhân đến phòng cấp cứu, việc cần thiết là nhanh chóng đánh giá đường thở, nhịp thở, tình trạng tuần hoàn. Ngay sau khi thấy bệnh nhân tạm ổn định, phải tiến hành kiểm tra các triệu chứng và dấu hiệu tràn khí dưới da, khàn tiếng, thở rít, suy hô hấp và các vết thương khác.

Sau đây là phân chia các vùng giải phẫu ở cổ

Vùng 1: Nằm giữa hõm ức và sụn nhẫn. Vùng này có các cấu trúc mạch máu lớn như động mạch và tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch cổ, động mạch cảnh chung, cũng như thực quản, tuyến giáp, và khí quản

Vùng 2: Nằm giữa sụn nhẫn và góc xương hàm dưới. Vùng này có động mạch cảnh chung, động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài, tĩnh mạch cổ, thanh quản, hạ họng, và các dây thần kinh sọ X, XI, và XII

Vùng 3: Nằm giữa góc xương hàm dưới và nền sọ. Vùng này có động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài, tĩnh mạch cổ, thành bên họng, các dây thần kinh sọ VII, IX, X, XI, và XI



Showing the anatomic areas of neck

Khoảng 20%-30% các trường hợp có tổn thương thanh quản, khí quản, thực quản. Tổn thương động mạch cảnh và các mạch dưới đòn có tỉ lệ tử vong cao.

Đường thở

Phải đánh giá ngay nhịp thở và các dấu hiệu của suy hô hấp như khó thở và thở rít, nếu cần có thể phải mở khí quản ở bất cứ nơi nào có thể được. Phải chú ý đến âm sắc giọng nói, và hỏi bệnh nhân xem có thấy thay đổi giọng nói hay không. Sờ nắn vùng cổ và phần trên của ngực để xác định tràn khí dưới da và sờ xem rung thanh quản, khí quản xem êm dịu hay có tiếng lép lép. Khi nghi ngờ có tổn thương thanh khí quản phải đặt ống, thật cẩn thận tránh làm tổn thương thêm đường hô hấp hoặc đưa nhâm lỗ ra ngoài. Thông thường nên mở khí quản dưới gây tê tại chỗ. Phải làm nội soi thanh quản ống mềm, chụp CT, soi thanh quản và khí quản trực tiếp.

Mạch máu

Tuần hoàn không ổn định và chảy máu tự do từ vết thương, hoặc dấu hiệu xung to ở cổ là biểu hiện của tổn thương các mạch máu lớn. Chính vì vậy, tất cả các trường hợp tổn thương ở cổ phải kiểm tra mạch đập ở phía sau tổn thương. Phải tiến hành chụp mạch với các bệnh nhân ổn định trước khi phẫu thuật thăm dò ở nơi nghi ngờ có tổn thương nặng đến các mạch máu. Dấu hiệu này có thể còn chưa rõ ở một số trường hợp sau chấn thương.

Tổn thương thực quản và họng

Chảy máu từ miệng, chảy dãi, tràn khí dưới da là các triệu chứng gợi ý có tổn thương đường tiêu hóa trên. Phải chụp phim đối quang khi nghi ngờ có tổn thương.

Chỉ định can thiệp ngoại khoa ngay đối với các bệnh nhân vết thương xuyên thấu cổ bao gồm huyết động không ổn định, chảy máu dữ dội, hoặc tụ máu lan rộng. Tất cả các bệnh nhân ổn định đều phải được đánh giá đầy đủ về cấu trúc mạch và đường tiêu hóa trước khi thực hiện can thiệp ngoại khoa

Vùng I:

Cần xin ý kiến tư vấn của một phẫu thuật viên lồng ngực về vị trí cắt xương đòn, mở vào trung thất hoặc cần phải mở ngực đường bên theo quy ước.

Vùng II

Tất cả các tĩnh mạch ở cổ đều có thể thắt buộc và tĩnh mạch cổ trong cần phải được khâu phục hồi khi tĩnh mạch phía bên kia bị tổn thương.

Động mạch cảnh ngoài có thể thắt buộc để làm ngừng chảy máu dữ dội. Nếu động mạch cảnh trong và động mạch cảnh chung bị tổn thương thì phải khâu phục hồi ở bất cứ vị trí nào có thể, giảm tối thiểu thời gian cấp động mạch và nên tránh điều này khi tuần hoàn ở bên kia bị tổn hại. Phải thực hiện khâu vết thương bên động mạch, hoặc nối tận- tận hoặc khâu động mạch có mảnh ghép.

Vùng III

Tổn thương mạch ở vùng này rất khó tiếp cận để phẫu thuật, có thể phải làm trật khớp nhẹ xương hàm dưới hoặc phải mở xương hàm dưới để bộc lộ

Tổn thương thanh khí quản

Khoảng 50% các bệnh nhân có tổn thương đường thở cũng có tổn thương đường tiêu hóa. Phải mở khí quản nếu có tổn thương đường thở. Tổn thương thanh quản được phân chia theo vị trí (Trên thanh môn, ngang thanh môn, sụn nhẫn và khí quản) và kiểu loại tổn thương (Tụ máu, , các vết sước hoặc rách niêm mạc, gãy sụn và / hoặc trật khớp vị trí, dập nát thanh khí quản)

Các vết thương và tụ máu nhỏ, gãy đơn thuần không di lệch có thể chỉ điều trị bảo tồn và thăm khám nhắc lại. Các vết thương sau đây cần phải thăm dò và phục hồi:

- a, Tổn thương liên quan tới mép trước có lộ sụn
- b, Gãy sụn nhiều và di lệch
- c, Dây thanh bất động và trật sụn phễu
- d, Các tổn thương có khả năng làm cản trở hô hấp

Kết luận

Các phẫu thuật viên được mời đến để điều trị vết thương xuyên thấu cổ tại phòng cấp cứu và vì thế họ phải được đào tạo các kỹ năng giải quyết được các yêu cầu sau:

- 1.Đánh giá và giải quyết khai thông đường thở
- 2.Ổn định được tình trạng trụ mạch

3.Đánh giá tổn thương vùng đầu và cổ nhanh chóng theo cách logic nhất trước khi phẫu thuật thăm dò

Lào Cai, ngày 16/6/2022
Người dịch: Đinh Ngọc Dũng

Bài gốc:

Indian J Surg, 2013 Feb; 75(1): 43-46. Published online 2012 Jun 8

Doi: 10.1007/s12262-012-0531-7

PMCID: PMC3585534| PMID: 24426383

(Bản gốc: Penetrating neck injury: A case report and review of management)