

Bài dịch:

Báo cáo trường hợp Vết thương tim do tự đâm chiến thuật điều trị và nghiên cứu y văn

Tg: *Antonino M. Grande, Filippo Antonacci, Paolo Aseni*

Tóm tắt

Một người đàn ông 57 tuổi cố đâm vào ngực mình nhiều nhất kéo để tự tử. Lúc vào, khám xét bằng siêu âm hội tụ trong chấn thương (FAST) thấy có tràn dịch nhiều ở khoang màng phổi trái và dịch màng tim. Cắt lớp vì tính mạch máu kháng định có tràn dịch màng ngoài tim. Tiến hành mổ cấp cứu ngay. Trong mổ phát hiện thấy có ba vết thương ở mặt trước của tâm thất phải, một vết còn đang chảy máu. Tiến hành khâu lại vết thương, bệnh nhân đã phục hồi không có biến chứng gì, ngày thứ sáu sau mổ được chuyển sang khoa tâm thần. 6 tháng sau, bệnh nhân đã làm tốt và quay trở lại công việc. Chúng tôi thảo luận về tầm quan trọng của FAST đối với chẩn đoán sớm trong vết thương thấu ngực giúp cho mổ cấp cứu nhanh và hướng đến một quy ước căn cứ vào lâm sàng để điều trị các bệnh nhân nghi ngờ có vết thương tim mà chúng tôi đã áp dụng tại khoa trong sáu năm gần đây. Rạch mở đường giữa xương ức là một lựa chọn cần được tính đến với các bệnh nhân có vết thương xuyên thấu trong vùng HỘP TIM (Cardiac box) có triệu chứng tổn thương tim và các mạch máu lớn. Có thể phải thực hiện mổ ngực tại khoa cấp cứu (EDT- Emergency Department thoracotomy) đối với các bệnh nhân đe dọa ngừng tim mặc dù đã hồi sức đầy đủ.

Đặt vấn đề

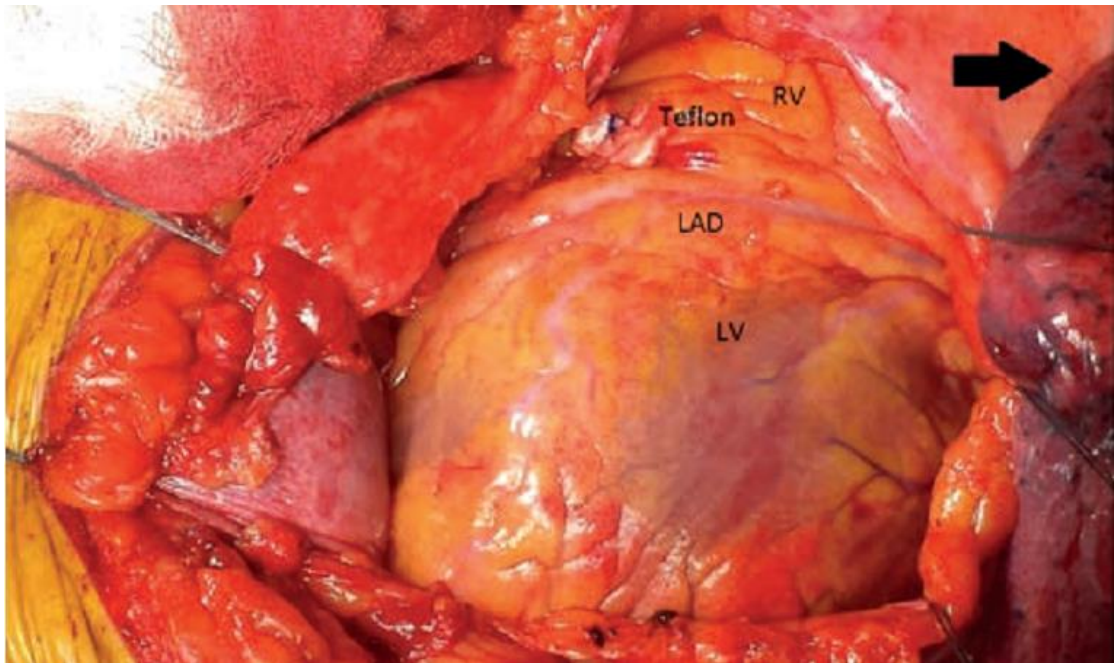
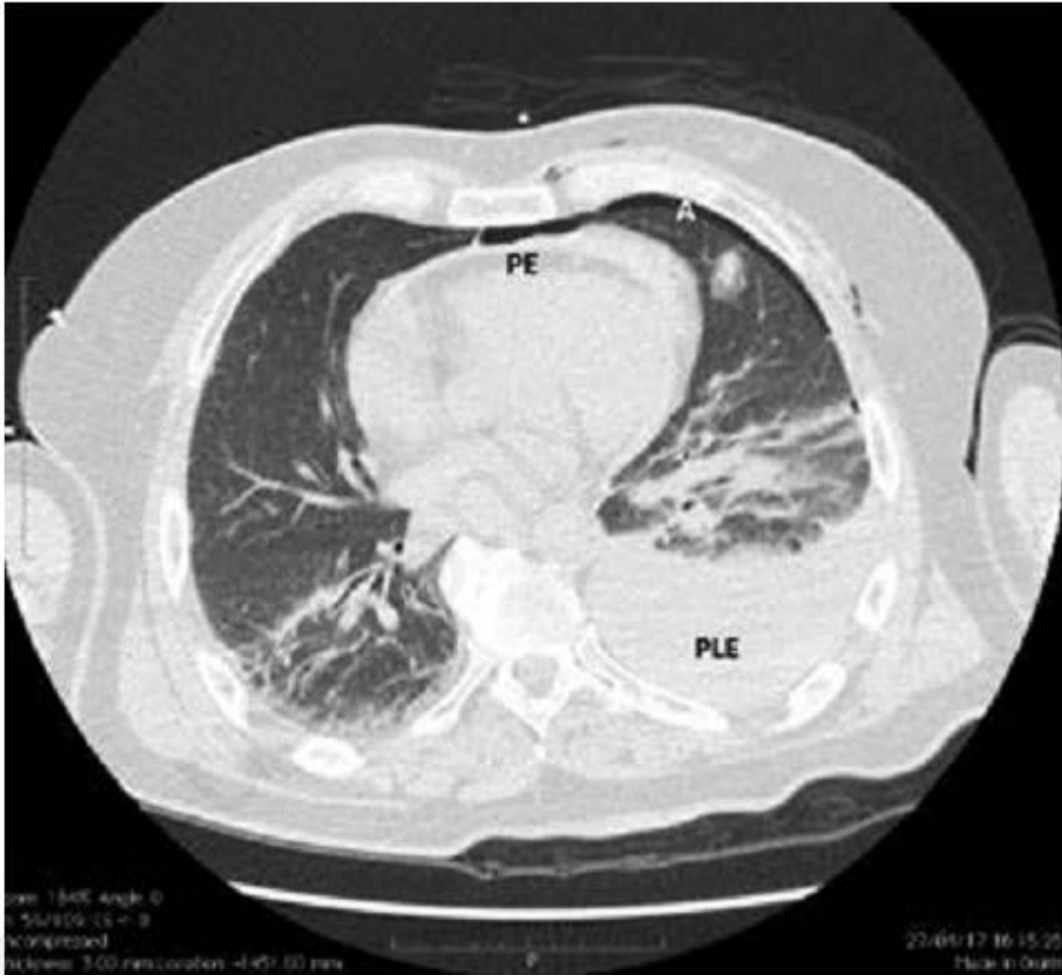
Các vết thương tim (PCIs) là những tổn thương quá trầm trọng, nó là một thách thức lớn của phẫu thuật với tỉ lệ tử vong từ 40-90%. Các vết thương vào tim được xem là một thử thách thật sự của khoa cấp cứu do tiến triển khó lường, cần phải chẩn đoán và cấp cứu ngay. Trong các vết thương tim (PCI), tâm thất phải thường bị hơn do nó nằm ở phía trước và nó chiếm phần lớn nhất ở mặt trước của tim. Số lượng các phương pháp chẩn đoán và điều trị tân tiến được giới thiệu trong những thập kỷ gần đây tăng lên đã góp phần cải thiện đáng kể khả năng sống sót của bệnh nhân. Chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân bị các vết thương do đâm ở nửa ngực trái có vết thương vào thất phải. Cũng xin thảo luận thăm khám siêu âm hội tụ mở rộng trong chấn thương của chúng tôi (EFAST) - một chiến thuật cơ bản để chẩn đoán và điều trị sớm các tổn thương xuyên thấu ngực, loại tổn thương mà những biến đổi lâm sàng có nguy cơ cao hơn gây tử vong ngay

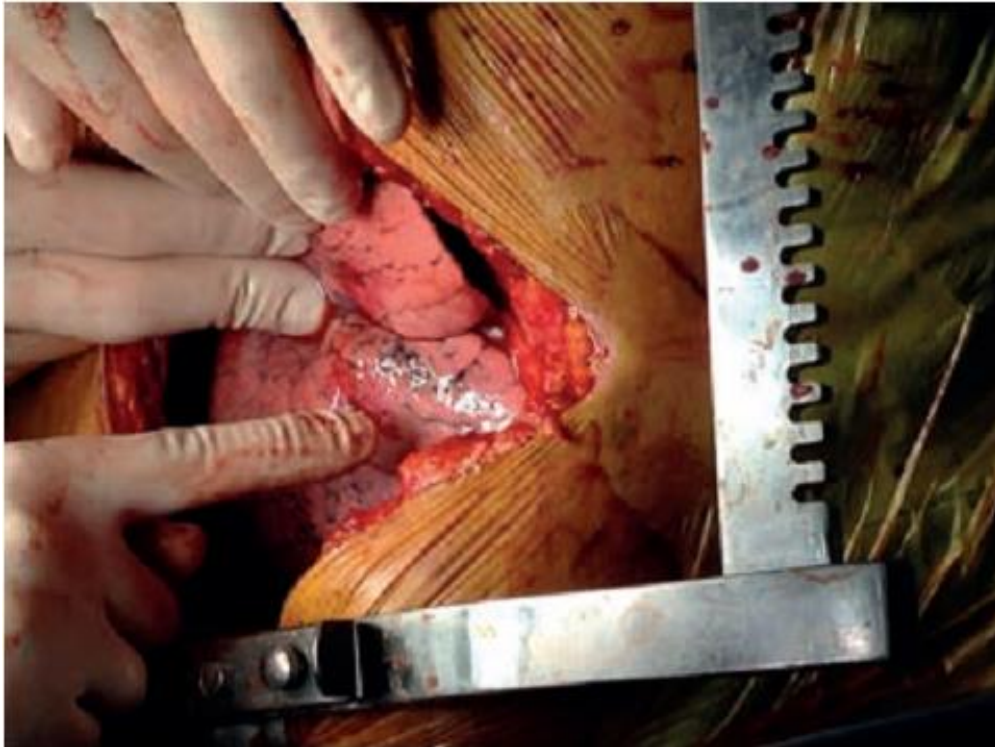
Báo cáo ca bệnh

Một người đàn ông 57 tuổi, cố tự tử bằng cách đâm kéo vào ngực. Được tìm thấy trong trạng thái bất tỉnh, nằm trong vũng máu trên nền nhà. Trên xe

cứu thương, FAST thấy có tràn dịch nặng nề khoang màng phổi trái và dịch màng ngoài tim, huyết áp động mạch tâm thu là 100mmHg và nhịp tim 110/phút. Đến khoa cấp cứu, khám thấy có ba vết thương do đâm bằng kéo ở gần vú trái. Bệnh nhân vã mồ hôi, thở nhanh, nhịp tim nhanh (HR 105/phút); huyết áp tâm thu là 80-90mmHg, không thấy tĩnh mạch cổ nổi. Việc bù thể tích với 1500ml dung dịch tinh thể đã cải thiện được huyết áp tâm thu. Sử dụng EFAST, bác sĩ cấp cứu khẳng định có tràn dịch khoang màng phổi nặng nề ở bên trái, tràn dịch màng ngoài tim mức độ vừa. Thấy tình trạng huyết động tương đối ổn định sau bù thể tích, chúng tôi quyết định thực hiện chụp cắt lớp mạch (CTA), ngoài tràn dịch khoang màng phổi và tràn dịch màng ngoài tim, nó còn cho biết thêm có khí ở trung thất trước và khoang màng phổi trái. Sau khi làm CTA, huyết áp tâm thu rơi xuống 60-70mmHg, phải tiến hành mổ ngay. Mở ngực đường trước- bên trái, khoang liên sườn 5, lấy ra khoảng 800ml máu ở bên ngực trái, làm xẹp phổi trái để mở màng ngoài tim khiến huyết áp tụt thêm. Mở màng ngoài tim lấy ra khoảng 150ml máu cục. Phát hiện thấy có 3 vết thương tim ở mặt trước của thất phải, một vết kích thước 1cm nằm cạnh động mạch vành trước bên trái đang chảy máu. Khâu vết thương đang chảy máu bằng chỉ Polypropylene 4.0 và tăng cường thêm bằng sợi Teflon. Khâu phục hồi ba vết thương nhu mô phổi ở mặt trước của thùy trên phổi trái bằng chỉ Polypropylene 4.0







Bệnh nhân hồi phục không có biến chứng gì, ngày thứ 6 sau mổ được chuyển sang khoa tâm thần. 14 tháng sau, anh ta đã làm tốt và quay trở lại công việc.

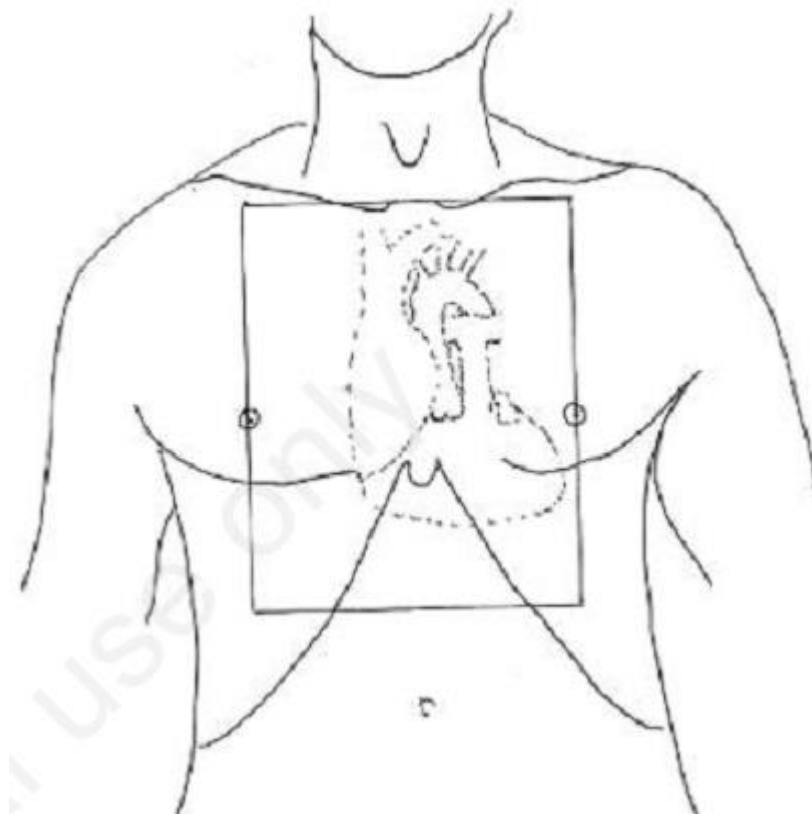
Bàn luận

Các tổn thương lớn và đe dọa tính mạng có thể được ghi nhớ như một tá nguyên nhân gây chết người (deadly dozen). Sáu thứ gây chết người đầu tiên cần được đánh giá và điều trị trong khi thăm khám ban đầu: *Tắc đường thở, tràn khí khoang màng phổi áp lực, chèn ép tim, tràn khí ngực hở, chảy máu dữ dội, và mảng sườn di động*. Sáu thứ tiếp theo lại bị che khuất: *rách vỡ động mạch chủ ngực, rách vỡ khí phế quản, rách vỡ cơ tim, rách cơ hoành do chấn thương, rách vỡ thực quản, đưng giập phổi*. Sáu thứ bị che khuất là những tổn thương có nguy cơ đe dọa mạng sống và thường được chẩn đoán ở giai đoạn khảo sát muộn.

Các vết thương ngực được sắp xếp vào 4 nhóm tùy theo vị trí khu vực của vết thương hoặc đường đi của dao hay đạn; 1) Nền cổ đi vào trung thất hay khoang màng phổi. 2) một khoang màng phổi đi vào trung thất hay tủy sống. 3) vết thương cạnh xương ức. 4) hai vết thương bên ngực liên quan đến hai khoang màng phổi và trung thất (thường do đạn gây ra). Điều này rất quan trọng không thể giả thiết một đường thẳng quỹ đạo của đạn vì tổn thương bề mặt (bên ngoài) không tương ứng với đường đi của đạn. Sự lưu ý này cũng đúng trong trường hợp của chúng tôi, vì vết thương nửa ngực trái gây tổn thương ở tâm thất phải.

Các vết thương tim chiếm khoảng 6,4% trong các vết thương thấu ngực, nó được xem là một thách thức thật sự ở khoa cấp cứu vì tiên triển lâm sàng khó

lường và cần phải được chẩn đoán, cấp cứu ngay. Vì lý do này, phải nghi ngờ có vết thương tim ngay ở mọi bệnh nhân có vết thương thấu ngực. Phải thấy rằng cơ hoành là một mốc di động, một tổn thương lúc đầu tưởng chệch vào bụng, thật sự lại ở ngực và ngược lại. Thăm khám thực thể ở một bệnh nhân lúc vào có vết thương ngoài ngực có thể giúp tìm được các triệu chứng có thể có của tổn thương bên trong. Nhất thiết phải nghi có vết thương tim khi vết thương ở trong vùng hộp tim (Cardiac box), vùng này được xác định phía trên là hõm ức, hai bên là núm vú, và phía dưới là một đường ngang môn vị (Đường ngang chia đôi đoạn giữa mũi ức và rốn). Biểu hiện lâm sàng của PCI có thể nằm trong khoảng từ ổn định huyết động còn bù đến không ổn định và ngừng tim phổi, có thể liên quan đến một số yếu tố, bao gồm cơ chế tổn thương, khoảng thời gian đã qua đi trước khi đến trung tâm chấn thương, và mức độ của chấn thương. Bản chất cơ của tâm thất trái và một mức độ nhỏ hơn của tâm thất phải, các vết thương cơ tim có thể tự hàn gắn lại, ngăn cản chảy máu rút cạn, cho phép một số bệnh nhân có huyết động ổn định đến được trung tâm cấp cứu, đôi khi các triệu chứng lâm sàng dễ bị nhầm lẫn.



Đa số các bệnh nhân PCI không ổn định, nhiều người đến khoa cấp cứu phải thực hiện hồi sức tim phổi. Nếu PCI nặng nề, tổn thương sẽ dẫn đến chảy máu cạn kiệt vào trong khoang ngực trái, làm cho bệnh nhân ngừng tim phổi. Khoảng 80-90% bệnh nhân bị vết thương đâm vào tim có biểu hiện chèn ép. Tuy nhiên, tam chứng Beck's (tiếng tim mờ, tĩnh mạch cảnh nổi, huyết áp

giảm) cũng như triệu chứng Kussmaul's (tĩnh mạch cảnh nổi ở thì hít vào) đóng vai trò loại trừ hơn là thể hiện có chỉ trong khoảng 10% các bệnh nhân bị PCI. Trong khi chèn ép màng ngoài tim có thể có tác dụng bảo vệ vì nó ngăn cản tràn máu màng phổi số lượng lớn, nó cũng có thể là một dấu hiệu báo trước của shock vì nó làm giảm lấp đầy tâm thất, giảm thể tích và lượng máu bơm đi của tim. Có thể vượt qua tạm thời chèn ép tim mức độ nhẹ và trung bình bằng cách truyền dịch nhanh để tăng tiền gánh và lượng máu bơm ra của tim, trong khi chờ điều trị phẫu thuật triệt để. Chọc dò màng ngoài tim có giá trị hạn chế trong chẩn đoán và giảm thiểu chèn ép tim. Kim chọc xuyên vào buồng tim có thể gây ra kết quả dương tính giả, trong khi có thể lại âm tính giả do cục đông của máu ở màng ngoài tim (chiếm đến 80% trong một số nghiên cứu). Thủ thuật này chỉ có ý nghĩa khi không có phẫu thuật viên, hoặc phòng mổ chưa có sẵn sàng do thủ thuật giảm áp có thể làm mất thời gian đưa bệnh nhân đi phẫu thuật hoặc đến trung tâm chấn thương. Cũng như thực hành phẫu thuật khác, các kỹ thuật mới và các thăm dò luôn có sẵn, số lượng các phương pháp chẩn đoán và điều trị tân tiến được giới thiệu ngày càng tăng trong những năm gần đây, đã cải thiện đáng kể khả năng sống sót của bệnh nhân.

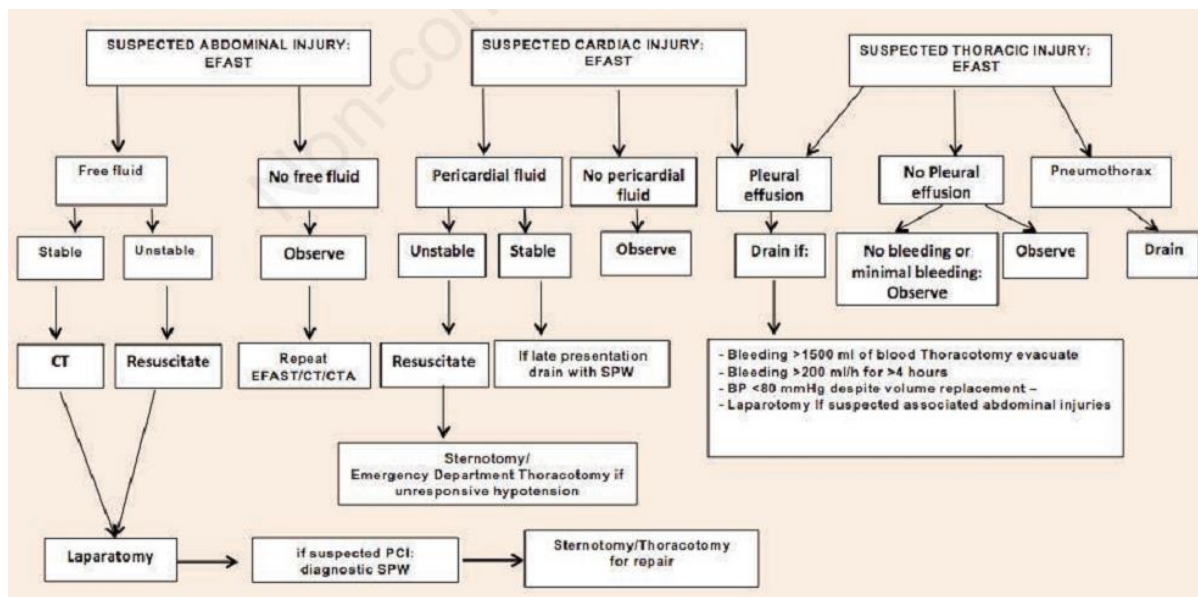
Thời gian gần đây, một số tác giả quay lại quan tâm đến cửa sổ màng ngoài tim qua đường dưới mũi ức (SPW) không chỉ là việc khẳng định có tràn máu màng ngoài tim hay không mà còn như là một thủ thuật điều trị ở các bệnh nhân chọn lọc

Siêu âm trên lâm sàng, theo kiểu EFAST, là một thăm khám ban đầu được tin dùng cho các bệnh nhân bị PCI, vì nó đơn giản, nhanh chóng, và chính xác. Độ nhạy của EFAST khi có dịch màng ngoài tim rất cao, theo các báo cáo từ 97-100%. Có thể tiến hành ngay tại chỗ tai nạn, cả nhân viên y tế và bác sĩ đều có thể thực hiện được sau khi được đào tạo và sát hạch. Sau đánh giá ban đầu các bệnh nhân bị PCI mà thăm khám lâm sàng không có triệu chứng gì không hẳn đã loại trừ được tổn thương tim, và nên làm lại EFAST với những bệnh nhân bị thương, không phát hiện PCI ngay ban đầu nhưng lại có thể rõ lên theo thời gian, thậm chí sau 24 giờ.

Theo quan điểm này, chúng tôi đánh giá việc điều trị các bệnh nhân bị vết thương tim của mình, nói rõ hơn về chiến thuật đã sử dụng trong 6 năm gần đây có sự kết hợp của cả EFAST và SPW (hình 6). Theo quy ước của chúng tôi, SPW được áp dụng cho các bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch màng tim muộn, không có rối loạn huyết động, và nó có tác dụng loại trừ tổn thương tim ở các bệnh nhân cần mổ bụng do chấn thương bụng. Khuynh hướng nổi trội của chúng tôi là quan tâm đến vị trí tổn thương, tình trạng huyết động, các triệu chứng trên XQ ngực, EFAST, khí máu động mạch, lập tức nghiên cứu và yêu cầu sự phối hợp ngay giữa các bác sĩ hồi sức có kinh nghiệm với đội phẫu thuật viên chấn thương.

Đường rạch giữa xương ức được xem là một lựa chọn trong các trường hợp cấp cứu với mục đích hồi sức khi vết thương ở vùng hộp tim gây tổn thương tim và các mạch máu lớn. Trong trường hợp của chúng tôi, tràn máu

khoảng màng phổi trái rất nhiều khiến cho phẫu thuật viên lồng ngực chọn đường mổ trái trước vì nghĩ rằng tổn thương ở đây là trầm trọng nhất. Lối vào này có ưu điểm bộc lộ phổi trái tốt nhất, tuy nhiên khi mở màng tim, đã phát hiện ra tổn thương ở tâm thất phải, bộc lộ tim đã khó khăn hơn nhiều. quả thực như vậy, mở đường giữa xương ức sẽ làm cho phẫu thuật trở nên dễ hơn.



Các bệnh nhân bị vết thương thấu ngực đến khoa cấp cứu mất mạch nhưng vẫn có các dấu hiệu sống, một số tác giả khuyến cáo mạnh việc mở ngực tại khoa cấp cứu (EDT). Khuyến cáo cho EDT căn cứ vào bằng chứng khả quan ở các bệnh nhân vết thương thấu ngực bị ngừng tim khi vào cấp cứu mà trước đó tim vẫn hoạt động hoặc huyết áp thấp mặc dù đã hồi sức đầy đủ. Phẫu thuật này để bệnh nhân nằm ngửa, rạch mở ngực đường trước- bên trái tại phòng cấp cứu. Đường mổ này có thể cần phải kéo dài ngang qua xương ức như đường rạch kiểu *vỏ sò*, nó cho phép giải thoát nhanh nhất chèn ép tim, kiểm soát chảy máu từ vết thương tim mạch, xoa bóp tim trong lồng ngực và cặp ngang động mạch chủ ở quai xương của động mạch chủ ngực.

Kết luận

PCI có tỉ lệ chết cao, nếu chỉ số nghi ngờ vết thương tim cao có kèm theo can thiệp phẫu thuật sớm là một giải pháp để cứu sống bệnh nhân. EFAST là một biện pháp sàng lọc sớm phổ biến nhất ở đa số các trung tâm chấn thương trên thế giới, nó bao gồm cả chương trình cấp cứu chấn thương nâng cao để đánh giá bệnh nhân chấn thương có huyết áp thấp. Đường rạch giữa xương ức được xem là một lựa chọn trong hoàn cảnh cấp cứu ở các bệnh nhân có vết thương xuyên thấu vùng hộp tim. EDT ở phòng cấp cứu có thể là một phẫu thuật cứu mạng sống ở một số bệnh nhân suy sụp huyết động.

Lào cai, 24/6/2022
Người dịch: Đinh Ngọc Dũng

Tên tài liệu gốc:

Penetrating cardiac stab wounds: A case report with management algorithm and review of the literature

Antonino M. Grande,¹ Filippo Antonacci,² Paolo Aseni³

¹Cardiac Surgery, IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo, Pavia; ²Thoracic Surgery, IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo, Pavia; ³Emergency Department and Urgency Medicine Ward, ASST Grande Ospedale Metropolitano, Niguarda, Milan, Italy

Emergency Care Journal 2018; 14:7384