

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VẾT THƯƠNG VÙNG CỔ DO VẬT SẮC NHỌN ĐÂM XUYÊN THÙNG ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG

Nguyễn Triết Hiền, Nguyễn Minh Hải và Nguyễn Kim Quang
Khoa CTCH, Bệnh viện An Giang

Report one case of neck injury by sharp objects penetrating at the right carotid

Abstracts: The authors presented the first case of neck injury with the right internal carotid artery was cut by sharp object. This case was diagnosed and treated successfully in An Giang general hospital.

Materials and Methods: a male patient, 45 years old, was diagnosed: The wound at the right neck pierced by sharp object with suspected vascular lesions, the vital signs were stable.

Results: The operation time was 90 minutes. Estimated blood loss was 100-200ml. Postoperative recovery was uneventful. The hospital stay was 7 days.

Conclusion: The technique for treating the damage of blood vessels in the neck (or at the base of neck) is similar to that for other blood vessels elsewhere. The accurate choice of the incision determines the success of the operation.

Tóm tắt: tác giả trình bày một trường hợp đầu tiên vết thương vùng cổ, đứt động mạch cảnh trong bên phải được chẩn đoán và xử trí thành công tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang.

Tư liệu và phương pháp: Phẫu thuật thực hiện trên bệnh nhân nam giới, 45 tuổi, được chẩn đoán: Vết thương vùng cổ bên phải do vật sắc nhọn đâm, nghi ngờ có tổn thương mạch máu và bệnh nhân có dấu sinh hiệu ổn định.

Kết quả: thời gian phẫu thuật 90 phút, lượng máu mất lúc phẫu thuật khoảng 100-200 ml, diễn biến hậu phẫu thuận lợi, thời gian nằm viện 7 ngày.

Kết luận: kỹ thuật xử lý tổn thương mạch máu vùng cổ-nền cổ, về cơ bản giống như các tổn thương các mạch máu nơi khác. việc lựa chọn đường mổ đi vào nơi tổn thương nhanh, chính xác góp phần quyết định kết quả cuộc mổ.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Vết thương vùng cổ - gây thương gấp trong cấp cứu hàng ngày tại các bệnh viện. Vùng này có nhiều cơ quan quan trọng, liên quan đến sinh tồn của bệnh nhân như: cột sống, tủy sống, thanh khí quản, thực quản và đặc biệt là các mạch máu nuôi não mà thường được

gọi là mạch máu vùng cổ - nền cổ (bao gồm: hệ thống động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong, động - tĩnh mạch dưới đòn, động tĩnh mạch vô danh, động mạch cột sống)⁽¹⁾. Vết thương động mạch thường gây mất máu nhiều và cấp tính nên là loại tổn thương cần được xử trí ngay.

Trong xử trí phải đồng thời thực hiện 2 việc chính: làm ngưng ngay tình trạng chảy máu và đảm bảo được dòng máu tuần hoàn nuôi dưỡng cho vùng tổ chức do động mạch bị tổn thương chi phối.

Vết thương mạch máu vùng cổ-nền cổ, chẩn đoán và xử trí phức tạp hơn so với vết thương mạch máu ở tứ chi và có tỉ lệ tử vong cao 30- 40% ^(2,3), nguyên nhân chủ yếu là do mất máu nặng, sốc không hồi phục^(4,5).

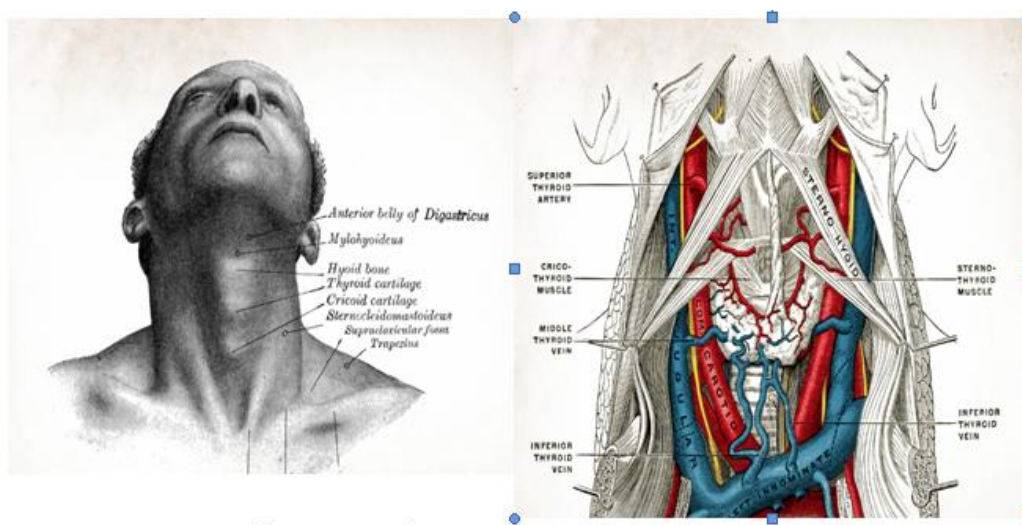
Tác nhân gây thương tích thường gặp do dao, vật sắc nhọn khác hoặc do hỏa khí gây nên. Trong thời gian trước đây khoa Chấn thương chỉnh hình đã xử trí 2 trường hợp tổn thương đứt động mạch cảnh trong, nhưng thất bại và cả hai đều tử vong sau 24 giờ, chúng tôi đưa ra báo cáo này nhằm rút kinh nghiệm cho chẩn đoán và điều trị.

Tổng quan: Giải phẫu học vùng cổ ⁽⁶⁾: Các cơ cổ cùng với xương hàm dưới và xương đòn tạo nên giới hạn các tam giác cổ: tam giác cổ trước và sau. Ở tam giác cổ trước được chia 3 tam giác nhỏ:

Tam giác dưới hàm: chứa động tĩnh mạch mặt và tuyến dưới hàm

Tam giác cảnh: chứa động tĩnh mạch cảnh trong, thần kinh lang thang và thân giao cảm cổ

Tam giác cơ: chứa thanh khí quản, thực quản, tuyến giáp, mạch máu giáp dưới và thần kinh thanh quản dưới. Dựa vào đặc điểm trên, ngày nay các tác giả thường áp dụng cách phân chia cổ-nền cổ thành 3 vùng của Saletta.J.D⁽⁷⁾ để xác định vị trí vết thương liên quan với các cơ quan trong vùng cổ-nền cổ.



Báo cáo trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân TRƯƠNG VĂN D... tuổi 49 nghề nghiệp: làm ruộng

Địa chỉ: ấp An Bình, xã Hội An Đông, huyện Lập Vò, tỉnh Đồng Tháp

Vào khoa cấp cứu lúc 16 giờ 50 phút, ngày 30/8/2011.

Lý do vào viện: mảnh kim loại đâm vào vùng cổ bên phải.

Bệnh sử: Bệnh nhân quay máy nổ, tay quay máy vướng vào mảnh khăn lau máy nằm cạnh bên, trong khăn có chứa mảnh thiếc sắc nhọn. Mảnh thiếc văng ra theo quán tính quay của bánh đà máy, găm vào cổ bên phải. Thấy không chảy máu qua miệng vết thương Người bệnh dùng tay để rút mảnh thiếc ra nhưng không được. Chuyển đến Bệnh viện ĐKTT An Giang.

Khám:

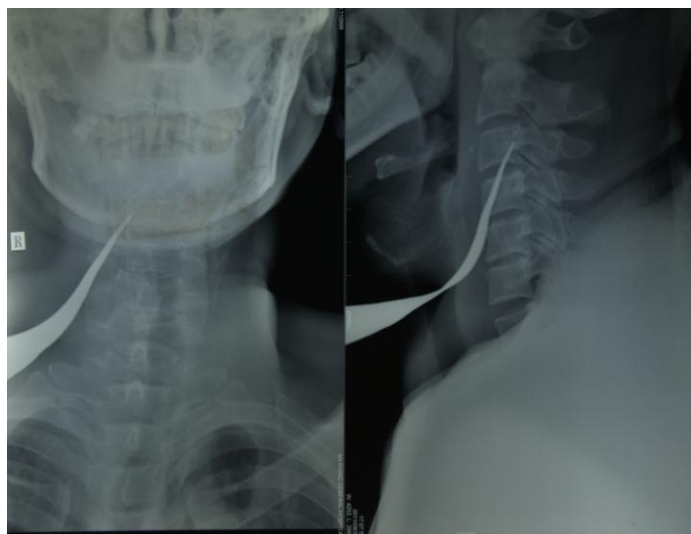
Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không sốt, Da niêm hồng. không khó thở, không khàn giọng, không yếu liệt chi. Mạch 90 lần/phút, huyết áp 130/80 mmHg, nhiệt độ 37 0C, nhịp thở 20 lần/phút. Vùng cổ phải có mảnh kim loại găm sâu vào bên trong cổ. Tạo vết thủng da hút sâu vào trong, kích thước tương ứng với kích thước mảnh kim loại, hướng đi của mảnh kim loại đâm thẳng vào vị trí đường đi của bó mạch cảnh bên phải.

Sờ mạch cảnh phải nơi tổn thương yếu hơn so với bên trái, không thấy chảy máu qua miệng vết thương. khối máu tụ vùng cổ phải tăng dần kích thước.

Lồng ngực cân đối, tiếng tim và rì rào phế nang 2 phổi bình thường

Công thức máu: HC 3,6 triệu/mm³, HCT 31,9%, HbG 10,1g/dl, TC 73.000/mm³, BC 9.900/mm³.

X quang cổ thẳng, nghiêng: Đầu xa mảnh kim loại găm sâu vào thân đốt sống C4

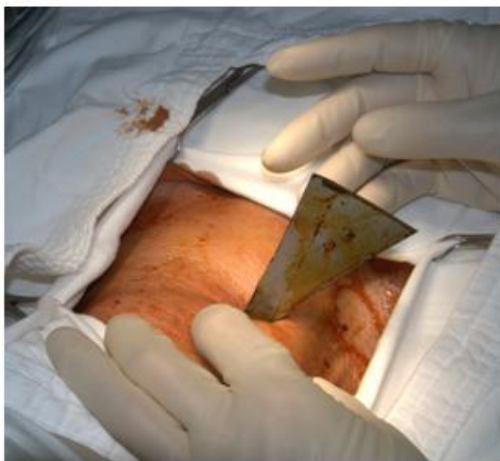


Chẩn đoán: Vết thương cổ bên phải (vùng 2) nghi tổn thương bó mạch cảnh trong do mảnh kim loại đâm vào.

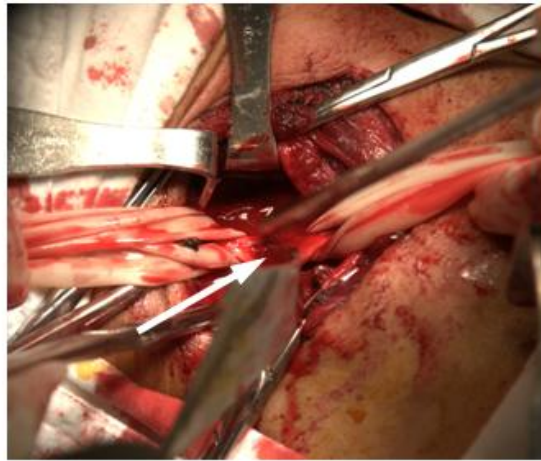
Các bước tiến hành phẫu thuật và chăm sóc sau mổ:

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, đầu thấp.

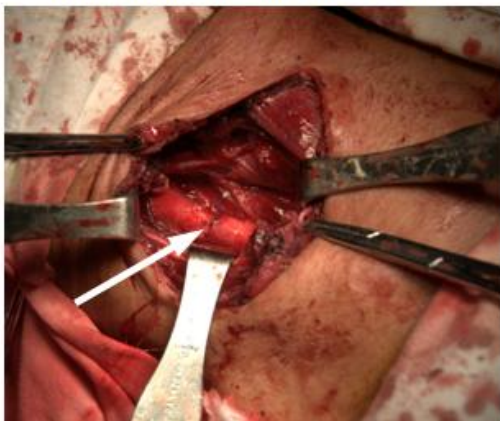
Tiến hành rạch da qua ngay trên vết thương song song với xương đòn, bóc tách bóc lộ dần đến tận đầu xa của mảnh kim khí. Dùng bipolar để đốt những mạch máu nhỏ trên đường đi của vết thương. Quan sát thấy mảnh kim khí xuyên thủng ngang qua 2 thành của động mạch cảnh trong bên phải, gần đứt rời động mạch, vị trí tổn thương động mạch ngang mức sụn nhẫn (C4). Bóc tách bóc lộ rõ nơi tổn thương động mạch, dùng Bulldog kẹp 2 đầu mạch máu và khâu lại vết thủng động mạch bằng chỉ Premilene 7.0, mũi khâu rời. Sau khi khâu, thấy mạch đập tốt, không chảy máu, đóng vết mổ từng lớp.



Mảnh kim loại đâm vào cổ phải



Vết xuyên thủng đm cảnh trong phải



Sau khi khâu động mạch



Mảnh kim loại

Sau mổ, vết thương khô, không chảy máu qua dẫn lưu, không hiện tượng phù nề vùng cổ, tiếng nói trong, không yếu liệt chi.

Thuốc: kháng sinh, giảm đau, Levonox 4000UI tiêm một lần dưới da trước mổ.

Hậu phẫu Bệnh nhân ổn định, xuất viện sau 7 ngày điều trị.

Không có dấu hiệu nhồi máu não trên phim CT Scanner



Trước phẫu thuật



Sau phẫu thuật

BÀN LUẬN:

Lâm sàng: Sốc mất máu là biểu hiện quan trọng lúc mới vào viện. Theo Demetriades- D và Skalkides- J⁽⁴⁾ sốc mất máu chiếm 81%. Mạch bị mất và yếu hơn bên không bị thương là triệu chứng khách quan có giá trị. Một số tác giả^(3,8,9) đề nghị mạch đập yếu đi hay mất mạch bên có vết thương cũng là một chỉ định mổ thám sát.

Biểu hiện lâm sàng nổi bật và chiếm phần lớn là triệu chứng chảy máu, nhất là có tổn thương mạch- máu, máu đang chảy qua miệng vết thương. Khối máu tụ đập nảy cho biết có tổn thương liên quan mạch máu và máu cục bịt miệng vết thương ít gặp hơn. Theo Lundy- LJ và Mandal AK⁽⁹⁾, trong 100 vết thương mạch máu ở cổ có chảy máu tại vết thương là 44 trường hợp, khối máu tụ 32 trường hợp và vết thương có máu cục bịt 24 trường hợp. Belinkie SA và Russell- JC⁽¹⁰⁾ báo cáo 44 trường hợp vết thương mạch máu vùng cổ, hai triệu chứng thường gặp nhất là chảy máu từ vết thương và khối máu tụ.

Xử trí: Phẫu thuật cấp cứu là phương pháp tốt nhất để vừa xác định thương tổn vừa lấy đi dị vật. Một số tác giả có chỉ định mổ thám sát khi có thủng da cổ⁽¹¹⁾. Theo Wood. J⁽¹²⁾ mổ thám sát ở mọi bệnh nhân có vết thương ở vùng II do tỉ lệ tổn thương nặng ở vùng này cao.

Tác nhân gây thương tích đâm vào đường đi của mạch máu và dị vật giữ nguyên vị trí cho đến lúc nhập viện. Dù còn dị vật hay không, một vết thương nằm ngay trên đường đi của động mạch cũng là một chỉ định mổ cấp cứu^(13,14).

Qua trường hợp trên nhận thấy trước một bệnh nhân, có khối máu tụ đập tăng dần kích thước, mất mạch sau nơi bị thương, dị vật đâm thẳng vào vị trí đường đi của mạch máu là có

chỉ định mổ cấp cứu. Phương tiện cận lâm sàng thực hiện khi sinh hiệu ổn định, chỉ định mổ chưa rõ ràng, nhất là các vết thương ở vùng I hoặc III.

Chụp X quang ngực thẳng có thể làm tại giường một cách nhanh chóng nên chỉ định tương đối rộng rãi nhất là khi bệnh nhân có vết thương vùng nền cổ. Do các tác nhân gây thương tích có thể xuyên thấu vào lồng ngực gây ra các triệu chứng như tràn máu / tràn khí màng phổi cấp tính. Chụp X quang ngực thẳng còn cho biết có tụ máu trung thất trên hoặc đám mờ không đồng nhất ở đỉnh phổi⁽¹⁵⁾. Theo Wisner DH⁽¹⁶⁾, trên phim X quang ngực thẳng nếu trung thất trên có chiều ngang từ 8 cm trở lên gọi là giãn rộng, thường gặp trong các tổn thương quai động mạch chủ gây tụ máu.

Siêu âm mạch máu có khả năng phát hiện tổn thương mạch máu tương đối chính xác⁽²⁾, không gây đau đớn, không biến chứng, không mất nhiều thời gian như chụp động mạch. Nhưng cần trang bị máy siêu âm mạch máu và đặc biệt là chuyên viên có kinh nghiệm.

Cho đến nay, chụp động mạch vẫn là phương tiện khảo sát thương tổn động mạch chính xác nhất, có thể chẩn đoán loại trừ vết thương động mạch vùng cổ - nền cổ khi có nghi ngờ⁽¹¹⁾. Tuy nhiên cần cân nhắc kỹ, chọn lọc bệnh nhân nhằm tiết kiệm thời gian quý báu để mổ kịp thời. Theo Synder WH⁽¹⁷⁾, một tổn thương mạch máu thường có biểu hiện bằng những bất thường rất nhỏ trên hình ảnh, phải hết sức thận trọng đối với những biểu hiện rất nhỏ đó. Wisner- DH⁽¹⁶⁾ chụp động mạch là thủ thuật gây đau đớn, có thể gặp biến chứng và tỉ lệ dương tính không cao nên các tác giả đề nghị khi có trung thất giãn rộng trên X quang ngực cho chụp CT- scan trước. Nếu có khối máu tụ ở trung thất thì chụp X quang động mạch. Đồng thời theo Demetriades D và Skalkides J⁽⁴⁾, lâm sàng đủ để quyết định mổ, chụp động mạch không phải là chỉ định tuyệt đối trước mổ. Ngày nay, ở những trung tâm lớn có trang bị CT scan hoặc chụp động mạch điện toán - xóa- nền (DSA) có giá trị chẩn đoán cao có thể áp dụng trên những bệnh nhân lâm sàng tương đối ổn định, đặc biệt khi có vết thương cổ ở vùng I hoặc III. Theo Fisher RG & Chasen M H⁽¹⁸⁾, vai trò của CT scan so với chụp X quang động mạch trong chẩn đoán tổn thương động mạch chủ ngực và các nhánh lớn còn đang tranh luận. Theo Wood J⁽¹²⁾ ở những bệnh nhân có vết thương vùng I và III, chụp động mạch khi lâm sàng ổn định. Theo Elerding SC Moore- EE và Manart FD⁽⁸⁾ chỉ định mổ thám sát trong vết thương mạch máu vùng cổ - nền cổ là chảy máu liên tục ở vết thương, khối máu tụ rộng hoặc tiến triển, giảm hoặc mất mạch ở cổ.

Kết luận: Vết thương mạch máu vùng cổ - nền cổ là loại vết thương nặng, khó chẩn đoán và xử trí. Bằng các dấu hiệu lâm sàng có thể quyết định mổ đặc biệt là các vết thương ở vùng II.

Những bệnh nhân có lâm sàng ổn định và nhất là vết thương ở vùng I hoặc III nên làm siêu âm mạch máu hoặc chụp X quang động mạch để có kế hoạch điều trị thích hợp^(19,20).

Do thường bị mất máu nhiều, nguyên nhân tử vong chủ yếu là sốc mất máu nên hồi sức tích cực, chẩn đoán và xử trí nhanh là phương hướng quan trọng giúp hạ thấp tỉ lệ tử vong trong vết thương mạch máu.

Khi gặp một bệnh nhân có vết thương vùng cổ-nền cổ, phải nghĩ đến khả năng có tổn thương mạch máu vùng này. Bằng các dấu hiệu lâm sàng có thể quyết định mổ thám sát, nhưng các chỉ định mổ này là có chọn lọc.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Ngọc Thành & Tôn Thất Bách (1993): Thái độ xử trí vết thương mạch máu vùng cổ - nền cổ. Ngoại khoa, 4:1 - 6.
2. Davis JM, Holbrook TL. Blunt carotid artery dissection: Incidence, associated injury, screening and treatment. J. Trauma, 1990,12:1514 - 17.
3. Golueke PJ, Golstein AS & Sklafini SJA. Routine versus selective exploration of penetrating neck injuries: A randomized prospective study. J Trauma, 1984, 12:1010.
4. Demetriades D & Skalkida J. Carotid artery injury. [Carotid artery injuries: experience with 124 cases.] J Trauma, 1989,1: 91 - 94.
5. Reul GJ & Mattox RL. The early operative management of injuries to the great vessels. Surgery, 1973,7:868 - 887. .
6. Nguyễn Quang Quyền. Bài giảng Giải phẫu học. Nhà xuất bản y học 1990, tập 1: 177 - 261
7. Saletta JD, Lowe RJ, Lim LT, Thornton J, Delk S, Moss GS Penetrating trauma of the neck. J Trauma 1976 Jul; 16(7):579-87.
8. Elerding SC, Mananrt FD, Moore EE. A reappraisal of penetrating neck injury management. J Trauma, 1980, 8:695 - 698.
9. Lundy LJ, Mandal AK. Experience in selective operations in the management of penetrating wounds of the neck. Surg Gynec & Obstetrics, 1978, 147:845 - 848..
10. Belinkie SA, Russell JS, Becker DR. Management of penetrating neck injury. J Trauma, 1983, 3: 235 - 237.
11. Scalfini SJA, Cavaliere G. The role of angiography in penetrating neck trauma. J Trauma, 1991, 4:557 - 561.
12. Wood J, Fabian TC & Mangiante EC. Penetrating neck injuries: Recommendations- for selective management. J.Trauma, 1989, 5: 602 - 605.
13. Nguyễn Khánh Dư. Đường mổ vào phần trung tâm của động mạch cảnh gốc và động mạch dưới đòn trái. Tổng kết kinh nghiệm xử trí vết thương chiến tranh: Vết thương lồng ngực và mạch máu. Cục Quân Y, 1984,176 - 178.
14. Trần Quyết Tiến (1997): Chỉ định mở ngực cấp cứu. Luận án Phó tiến sĩ. Xử trí cấp cứu ngoại khoa vết thương phổi - màng phổi. Trường ĐHYD Tp HCM, 109 - 116.
15. Woodring- JH, King JG. Determination of normal transverse mediastinal width and mediastinal - width to chest ratio in control subjects: Implications for subjects with aortic or brachiocephalic arterial injury. J Trauma, 1989,9:1268-72.
16. Wisner DH: Trauma to the chest. Sabiston DC: Surgery of the chest. 1995, WB Saunders company, Vol I, 456 - 493. .
17. Synder WH, Thal ER. The validity of normal arteriography in penetrating trauma. Arch Surg, 1978,113: 424 - 428.
18. Fisher RG. Diagnosis of injuries of the aorta and Brachiocephalic Arteries caused by blunt chest trauma: CT vs Aortography. AJ R 1994,162: 1047 - 52.
19. Burrows PA, Tubman DE: Multiple extracranial arterial lesions following closed cranio-cervical trauma. J Trauma, 1981,6: 498 - 9.
20. Welling RE, Saul JS. Management of blunt injury to the internal carotid artery. J Trauma, 1987,11:1221 - 6.