

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Phạm Đoàn Ngọc Tuan<sup>1,2\*</sup>, Đinh Thị Tú Trinh<sup>1</sup>, Võ Hoàng Nhuận<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hải Tâm<sup>1</sup>, Đào Trọng Nghĩa<sup>1</sup>, Lý Trí Hào<sup>1</sup>, Liêu Vĩnh Đạt<sup>1,2</sup>

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\* Email: pdntuan@ctump.edu.vn

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chấn thương ngực kín là nguyên nhân tử vong phổ biến trong chấn thương và có thể để lại di chứng nặng nề. Thương tổn trong chấn thương ngực kín rất đa dạng, chẩn đoán dựa vào cơ chế chấn thương, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, điều trị các thương tổn thường gặp thường là điều trị bảo tồn và dẫn lưu màng phổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm thương tổn và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân chấn thương ngực kín. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 83 bệnh nhân chấn thương ngực kín được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 04/2022 đến 12/2022. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 52,80, nam giới chiếm 71,25%, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông 66,25%; đặc điểm lâm sàng đau ngực chiếm 97,59%. Gãy xương sườn thường gặp nhất (91,57%), tổn thương phổi - màng phổi chiếm 53,01%, trong đó: tràn máu màng phổi (37,35%), dập phổi (16,87%), tràn khí - máu màng phổi (12,05%), tràn khí màng phổi đơn thuần 2,40%. Có 82/83 bệnh nhân được điều trị tốt (98,80%), 1 trường hợp viêm mủ màng phổi (1,20%), trung vị thời gian nằm viện là 6 ngày. Có sự khác biệt về thương tổn dập phổi ( $p=0,035$ ), tràn khí - máu màng phổi ( $p=0,021$ ), trung vị thời gian nằm viện ( $p=0,002$ ) và không có sự khác biệt về mức độ tràn máu màng phổi ( $p=0,698$ ) ở hai nhóm gãy 1-3 xương sườn và >3 xương sườn. Có sự khác biệt về trung vị thời gian nằm viện giữa 2 nhóm có và không có dẫn lưu màng phổi ( $p=0,007$ ). **Kết luận:** Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông, đau ngực là triệu chứng chủ yếu, gãy xương sườn là thương tổn thường gặp nhất. Gãy nhiều xương sườn làm tăng nguy cơ tổn thương phổi - màng phổi và thời gian nằm viện.

**Từ khóa:** Gãy xương sườn, tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, dập phổi, chấn thương ngực kín.

## ABSTRACT

TREATMENT RESULTS OF BLUNT CHEST TRAUMA  
AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

*Pham Doan Ngoc Tuan<sup>1,2\*</sup>, Dinh Thi Tu Trinh<sup>1</sup>, Vo Hoang Nhuan<sup>1</sup>,  
Nguyen Hai Tam<sup>1</sup>, Dao Trong Nghia<sup>1</sup>, Ly Tri Hao<sup>1</sup>, Lieu Vinh Dat<sup>1,2</sup>*

*1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

*2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital*

**Background:** Blunt chest trauma is a common cause of death in trauma patients and can cause serious consequences. There are various kinds of lesions in blunt chest trauma which are diagnosed based on the mechanism, clinical, laboratory and imaging features of the injuries. Emergency first aid is essential. Conservative treatment and pleural drainage are the most common treatments. **Objectives:** To research common chest injuries and evaluate the treatment results of patients with blunt chest trauma. **Materials and methods:** A prospective descriptive study of 83 patients with blunt chest trauma at the Department of Thoracic Surgery, Can Tho General Hospital from April 2022 to December 2022. **Results:** Mean age: 52.80, 71.25% of cases were male. The main reason is due to traffic accidents (66.25%). The majority of chest trauma patients had chest pain (97.59%). Rib fracture was the most common injury (91.57%), followed by lung and pleural injuries (53.01%), the proportion of hemothorax, pulmonary contusion, hemopneumothorax and pneumothorax are 37.35%, 16.87%, 12.05% and 2.40%, respectively. 82/83 patients were well treated and discharged, accounting for 98.8% with a median hospital stay of 6 days. Comparing two groups of 1-3 rib fractures and >3 rib fractures, there was a significant difference in the proportion of lung contusion injury ( $p=0.035$ ), hemopneumothorax ( $p=0.021$ ), the median length of hospital stays ( $p=0.002$ ), there is no difference in the degree of hemothorax ( $p=0.698$ ). The median length of hospital stay differs between the two groups of patients with and without pleural drainage ( $p=0.007$ ). **Conclusion:** The most common cause is traffic accidents; chest pain is the main symptom and rib fractures are the most common injury. Multiple rib fractures increase the risk of lung and pleural injuries and length of hospital stay.

**Keywords:** Rib fracture, pneumothorax, hemothorax, pulmonary contusion, blunt chest trauma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực kín là nguyên nhân gây tử vong phổ biến, chấn thương ngực chiếm 25-35% các trường hợp tử vong liên quan chấn thương và có thể để lại những di chứng nặng nề. Nguyên nhân thường gặp nhất trong chấn thương ngực kín là tai nạn giao thông (70,60%), tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 23,50% và 5,90% [1], [2]. Do tai nạn giao thông là nguyên nhân thường gặp nên chấn thương ngực kín thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương với các tổn thương rất đa dạng, thường gặp nhất là gãy xương sườn (33,30%), dập phổi (15%), tràn khí máu màng phổi (10%), mảng sườn di động (7%), chấn thương tim hoặc đường dẫn khí lớn (5%) và có thể phối hợp với các chấn thương khác: sọ não, bụng, tứ chi [3], [2]. Do thương tổn phức tạp trong bệnh cảnh đa chấn thương nên việc chẩn đoán cũng gặp nhiều khó khăn, thường dựa vào cơ chế chấn thương, thăm khám lâm sàng ghi nhận các triệu chứng: đau ngực, biến dạng lồng ngực, hội chứng ba giảm và cận lâm sàng có vai trò quan trọng giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị [4]. Việc tiếp cận, thăm khám ban đầu trong cấp cứu chấn thương nói chung và chấn thương ngực kín nói riêng là bước rất quan trọng để phát hiện, đánh giá và xử lý các tình trạng khẩn cấp gây rối loạn nặng nề hô hấp - tuần hoàn có thể sẽ gây tử vong nhanh chóng

[4]. Mặc dù tỷ lệ tử vong cao, nhưng nếu tiếp cận xử lý ban đầu đúng đắn thì có thể cứu sống bệnh nhân và quản lý điều trị chấn thương ngực kín chỉ có khoảng 10% cần phẫu thuật, điều trị nội khoa bảo tồn là chủ yếu [4], [5]. Chấn thương ngực kín là vấn đề nghiêm trọng và việc nghiên cứu thương tổn, kết quả điều trị giúp cung cấp các số liệu và nâng cao hiệu quả điều trị nhưng có rất ít nghiên cứu mới về vấn đề này. Do đó đề tài “Kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ” được thực hiện với mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân chấn thương ngực kín được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả bệnh nhân chấn thương ngực kín được chẩn đoán và điều trị tại khoa Ngoại lồng ngực, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 04/2022 đến tháng 12/2022.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đã tử vong tại cấp cứu, ngoại viện hoặc tử vong do thương tổn phối hợp, biến cố nội khoa trong quá trình điều trị. Những trường hợp chấn thương ở trẻ em <16 tuổi.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Lấy trọn mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Các đặc điểm chung: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương.

+ Các đặc điểm lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng: Đau ngực, khó thở, ho ra máu.

Triệu chứng thực thể: Trần khí dưới da, hô hấp đảo nghịch trong mảng sườn di động, hội chứng ba giảm, tam chứng Galliard, tam chứng Beck.

+ Các đặc điểm thương tổn trong chấn thương ngực kín (dựa vào cơ chế chấn thương, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng):

Vị trí thương tổn.

Các thương tổn thành ngực: Gãy xương sườn, đụn giáp thành ngực.

Các thương tổn phổi - màng phổi: Trần khí - tràn máu các mức độ, dập phổi.

Các thương tổn cơ quan khác: Tim, mạch máu, khí quản, cơ hoành,...

+ Tổn thương các cơ quan phối hợp: Chấn thương sọ não, chấn thương hàm mặt, chấn thương vùng cổ, chấn thương bụng, gãy xương chi trên, gãy xương chi dưới, chấn thương cột sống.

+ Kết quả điều trị:

Phương pháp điều trị chấn thương ngực: Bảo tồn, phẫu thuật dẫn lưu, phẫu thuật mở ngực.

Đánh giá kết quả điều trị:

Đánh giá kết quả từng phương pháp (kết quả tốt, kết quả chưa giải quyết triệt để, kết quả tử vong): Điều trị nội khoa bảo tồn: Chưa triệt để khi giảm đau không hiệu quả, chuyển sang phương pháp điều trị khác; Dẫn lưu màng phổi: Biên chứng đặt ống dẫn lưu,

máu đông màng phổi, viêm mũ màng phổi hoặc chuyển sang phương pháp điều trị khác;  
 Phẫu thuật: Biến chứng sau mổ.

Đánh giá kết quả chung (kết quả tốt, kết quả chưa giải quyết triệt để, kết quả tử vong):  
 Chưa giải quyết triệt để khi có biến chứng trong quá trình điều trị, di chứng sau xuất viện.

Thời gian nằm viện.

**- Phương xử lý số liệu:**

+ Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0.

+ Các test kiểm định: Kiểm định Fisher exact, Kiểm định Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney).

+  $p < 0,05$  sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu 83 bệnh nhân chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận kết quả đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu như sau: tuổi trung bình  $52,8 \pm 12$  tuổi, trong độ nhóm tuổi 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,45%, tiếp đến là nhóm trên 60 tuổi với 24,10% và thấp nhất là nhóm từ 21-41 tuổi với 14,46%, đa số bệnh nhân là nam giới với 72,30%, nữ giới chỉ chiếm 27,70%.

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương ngực kín

Nguyên nhân chấn thương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	56	67,47
Tai nạn lao động	9	10,84
Tai nạn sinh hoạt	13	15,66
Xung đột xã hội	5	6,02

Nhận xét: Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông với 56 trường hợp trên tổng số 83 trường hợp chiếm 67,47%.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và thương tổn

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân chấn thương ngực kín

Triệu chứng cơ năng	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
	Đau ngực		81
Khó thở		27	32,53
Ho ra máu		1	1,20
Triệu chứng thực thể	Hội chứng ba giảm	32	38,55
	Tràn khí dưới da	12	14,46
	Biến dạng lồng ngực	11	13,25
	Tam chứng Galliard	10	12,05

Nhận xét: Đau ngực và khó thở là 2 triệu chứng cơ năng chính đối với bệnh nhân chấn thương ngực kín chiếm tỷ lệ lần lượt là 97,59% và 32,53%. Đa số trên thăm khám lâm sàng ghi nhận có hội chứng ba giảm (38,55%) kể đến là tràn khí dưới da (14,46%) và thấp nhất là tam chứng Galliard (12,05%).

Bảng 3. Vị trí tổn thương trong chấn thương ngực kín

Vị trí tổn thương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bên trái	54	65,06
Bên phải	22	26,51
Hai bên	7	8,43

Nhận xét: Vị trí thường gặp trong chấn thương ngực kín ở nghiên cứu của chúng tôi là bên trái với 65,06% tương đương với 54/83 trường hợp.

Bảng 4. Các thương tổn trong chấn thương ngực kín

Tổn thương	Thành ngực		Phổi - màng phổi						
			Tràn khí màng phổi		Tràn máu màng phổi			Tràn khí - máu màng phổi	Đập phổi
	Gãy xương sườn	Đụng giập thành ngực	Lượng vừa	Lượng nhiều	Lượng ít	Lượng vừa	Lượng nhiều		
Tần số (n)	76	6	1	1	23	6	2	10	14
Tỷ lệ (%)	91,57	7,23	1,20	1,20	27,71	7,23	2,41	12,05	16,87

Nhận xét: Thương tổn thường gặp nhất là gãy xương sườn (91,57%), tổn thương phổi - màng phổi chiếm tỷ lệ 53,01%, trong đó tràn máu màng phổi chiếm 37,35%, tiếp sau đó là đập phổi 16,87 %, tràn khí tràn máu màng phổi chiếm 12,05%. Tràn khí màng phổi đơn thuần chỉ gặp 2 trường hợp (2,40%).

Qua khảo sát 76 trường hợp có gãy xương sườn, trung vị số lượng xương sườn gãy là 3 xương (tứ phân vị thứ nhất (25%) - thứ ba (75%) lần lượt là 2 và 5 xương).

Vị trí gãy xương sườn thường gặp nhất là xương sườn 4-10 với 39 trường hợp (51,32%), có 32 trường hợp (42,11%) có gãy vị trí xương sườn 1-3.

Bảng 5. Các thương tổn phổi hợp trong chấn thương ngực

Các tổn thương phổi hợp	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chấn thương sọ não	2	2,41
Gãy xương đòn	21	25,30
Gãy xương vai	5	6,02
Chấn thương cánh tay - cẳng tay	6	7,23
Chấn thương chi dưới	1	1,20
Chấn thương hàm mặt	3	3,61
Chấn thương bụng chậu	4	4,82

Nhận xét: Các tổn thương phổi hợp theo nghiên cứu của chúng tôi bao gồm gãy xương chi chiếm tỷ lệ cao nhất (8,43%), chấn thương bụng chậu (4,82%), các tỷ lệ thấp hơn có thể thấy như chấn thương sọ não (2,41%), chấn thương hàm mặt (3,61%), chưa ghi nhận chấn thương vùng cổ và cột sống. Phần lớn là gãy xương đòn (25,30%), ngoài ra còn ghi nhận gãy xương vai (6,02%).

Bảng 6. Mối liên quan giữa số lượng xương sườn gãy và mức độ tràn máu trong khoang màng phổi

Đặc điểm	Tràn máu lượng ít	Tràn máu vừa – nhiều	p=0,698*
Gãy 1-3 xương sườn	9 (30,01%)	4 (13,33%)	
Gãy trên 3 xương sườn	13 (43,33%)	4 (13,33%)	

\*Kiểm định Fisher exact.

Nhận xét: Theo nghiên cứu chúng tôi chưa thấy sự khác biệt về mức độ tràn máu màng phổi giữa nhóm gãy 1-3 xương sườn và gãy trên 3 xương sườn (p=0,698)

Bảng 7. Mối liên quan giữa số lượng xương sườn gãy và tổn thương phổi - màng phổi

Tổn thương phổi - màng phổi		Gãy 1-3 xương sườn	Gãy >3 xương sườn	p
Tràn khí - máu màng phổi	Có	2 (2,63%)	8 (10,53%)	0,021*
	Không	39 (51,32%)	27 (35,52%)	
Đập phổi	Có	4 (5,26%)	10 (13,16%)	0,035*
	Không	37 (48,68%)	25 (32,90%)	

\*Kiểm định Fisher exact.

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận giữa 2 nhóm gãy 1-3 xương sườn và nhóm gãy >3 xương sườn có sự khác biệt về tình trạng tràn khí - máu màng phổi (p=0,021) và đập phổi (p=0,035)

### 3.3. Kết quả điều trị

- Các phương pháp điều trị:

Bảng 8. Phương pháp điều trị ban đầu

Phương pháp điều trị ban đầu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bảo tồn - chọc hút	68	81,93
Dẫn lưu	15	18,07

Bảng 9. Kết quả điều trị

Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị			
	Tần số	Tốt	Chưa triệt để	Tỷ lệ thành công
Bảo tồn - chọc hút	68	65	3*	95,59%
Dẫn lưu	18	17	1	94,44%
Kết quả chung	83	82	1	98,80%

(\*)Có 3 bệnh nhân điều trị nội khoa ban đầu chưa triệt để chuyển sang phương pháp dẫn lưu màng phổi

(\*\*)Có 15 bệnh nhân dẫn lưu màng phổi ban đầu và 3 bệnh nhân chuyển phương pháp dẫn lưu màng phổi

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được điều trị bảo tồn với tỷ lệ 81,93% với tỷ lệ điều trị thành công là 95,59%, 3 trường hợp điều trị bảo tồn thất bại diễn tiến chuyển sang dẫn lưu tỷ lệ 4,41%. Có 15 (18,07%) bệnh nhân được chỉ định dẫn lưu màng phổi ngay từ đầu và 3 trường hợp chuyển phương pháp bảo tồn sang dẫn lưu. Trong 18 trường hợp dẫn lưu màng

phổi, kết quả tốt đạt 94,44%. Kết quả chung tất cả 83 bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi có 82 bệnh nhân được điều trị tốt và xuất viện chiếm tỷ lệ 98,80%, chỉ có 1 trường hợp chưa được giải quyết triệt để chiếm 1,20%.

- Thời gian nằm viện:

+ Trung vị thời gian nằm viện là 6 ngày, tứ phân vị thứ nhất (25%) và thứ ba (75%) lần lượt là 4 và 8 ngày.

+ Kiểm định Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) cho thấy sự khác biệt về trung vị số ngày nằm viện giữa 2 nhóm gãy 1-3 xương sườn và gãy >3 xương sườn có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,002 < 0,05$ .

+ Kiểm định Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) cho thấy sự khác biệt về trung vị số ngày nằm viện giữa 2 nhóm điều trị có và không có dẫn lưu màng phổi có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,007 < 0,05$ .

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chấn thương ngực kín là thương tổn rất thường gặp ở độ tuổi trung niên 41-60 tuổi và nhóm tuổi <40 tuổi, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông và đối tượng nam giới chiếm chủ yếu, đặc biệt khi đất nước ta đang ngày càng phát triển, giao thông vận tải phát triển [4]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi trung niên 41-60 tuổi chiếm đa số với 61,45%. Các nhóm tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn có 21-40 (14,46%) và trên 60 (24,10%), có 60 bệnh nhân nam (72,30%) và 23 bệnh nhân nữ (27,70%) nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông 67,47%. Trong khi nghiên cứu của tác giả Trương Bình Khang năm 2015 thì các đối tượng nghiên cứu khá đồng đều ở độ tuổi 20-39 (34,30%), 40-59 (31,30%), trên 60 tuổi (31,30%), trong nghiên cứu này thì nam giới chiếm đa số với 87,50% với nguyên nhân hàng đầu là do tai nạn giao thông chiếm 68,80% [6]. Trong nghiên cứu của Kozanlı Fatoş và cộng sự có độ tuổi trung bình  $52 \pm 12$  tuổi khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi ( $52,8 \pm 12$  tuổi), trong đó có 186 trường hợp nam giới chiếm 73,80% và 66 trường hợp nữ giới chiếm 26,20%, tai nạn giao thông vẫn là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,40% [7].

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và thương tổn

Triệu chứng cơ năng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận gần như đa số bệnh nhân chấn thương ngực đều có đau ngực chiếm tỷ lệ 97,59%, 32,53% bệnh nhân có cảm giác khó thở, đây là triệu chứng cơ năng điển hình với bệnh nhân chấn thương ngực. Theo tác giả Nguyễn Văn Hoài Phương nghiên cứu trên 60 bệnh nhân chấn thương ngực kín đau ngực chiếm tỷ lệ 58,30% và khó thở chiếm tỷ lệ 25% [8]. Có thể thấy đau ngực và khó thở là những triệu chứng cơ năng rất thường gặp và góp phần gợi ý chấn thương ngực kín.

Triệu chứng thực thể: Hội chứng ba giảm ghi nhận ở bệnh nhân tràn máu màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 38,55% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hoài Phương (28,30%). Tam chứng Galliard gặp ở bệnh nhân tràn khí màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ 12,05% tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hoài Phương 15% và tác giả Trương Bình Khang 14,70%. Tỷ lệ tràn khí dưới da trên nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ 14,46%, tác giả Nguyễn Văn Hoài Phương ghi nhận tràn khí dưới da ở 8,30% trường hợp hay nghiên cứu của Kozanlı Fatoş và cộng sự gặp ở 8,30%.

Có thể thấy rằng tỷ lệ tràn khí dưới da ở các tác giả khác thấp hơn ở nghiên cứu của chúng tôi [6], [8], [7].

Vị trí thương tổn: Nghiên cứu của chúng tôi thống kê được vị trí tổn thương trong CTNK gặp ở bên trái có tỷ lệ nhiều nhất chiếm 65,06%, vị trí hai bên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 8,43% và bên phải chiếm 26,51%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Bình ghi nhận tổn thương bên ngực trái chiếm 56,50%, ngực phải 39,40% và hai bên 4,10% [9]. Nghiên cứu của Đoàn Duy Hùng và Đoàn Quốc Hưng cũng có kết quả bên ngực trái chiếm 48,70%, ngực phải 36,30% và cả hai bên 15% [10].

Tổn thương thành ngực: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tổn thương thành ngực đa số là gãy xương sườn 91,57% với trung vị số xương sườn gãy là 3 và chỉ định ghép cơ thành ngực chiếm 7,23%. Tỷ lệ tổn thương thành ngực của chúng tôi có sự tương đương của tác giả Kozanlı Fatoş với 100% bệnh nhân có gãy xương sườn, số xương sườn trung bình  $3\pm 2$  [7]. Qua các kết quả trên, có thể thấy thương tổn gãy xương sườn rất thường gặp ở bệnh nhân chấn thương ngực kín.

Tổn thương phổi - màng phổi: Bệnh nhân chấn thương ngực kín trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tổn thương phổi màng phổi đến 53,01%, trong đó tràn máu màng phổi đơn thuần chiếm đa số với 37,35%, tràn khí màng phổi đơn thuần chiếm 2,40%, tràn khí - máu màng phổi chiếm 12,05% và dập phổi 16,87%. Có thể thấy tỷ lệ biến chứng tràn máu màng phổi ở bệnh nhân gãy xương sườn chiếm tỷ lệ cao và thường gặp hơn tràn khí màng phổi. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Đặng Công Hiếu năm 2021 tràn máu màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,50%, tràn khí - máu màng phổi 26% tràn khí màng phổi 9,50% và dập phổi 16,40% [11]. Có sự khác biệt về loại thương tổn với tác giả Kozanlı Fatoş và cộng sự dập phổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tổn thương phổi màng phổi với 38,90%, tiếp đến là tràn máu màng phổi 22,20%, tràn khí máu màng phổi 9,10% [7].

Tương quan giữa gãy xương sườn và dạng tổn thương phổi - màng phổi: Theo nghiên cứu của chúng tôi, không có sự tương quan giữa mức độ gãy xương sườn và tràn máu màng phổi ( $p=0,698$ ), tác giả Trương Bình Khang ghi nhận có sự khác biệt giữa nhóm gãy từ 1-3 xương sườn và nhóm gãy >3 xương sườn về mức độ tràn máu ( $p=0,021$ ) [6]. Tuy tràn khí màng phổi đơn thuần chỉ chiếm 2,40% trong tổng số bệnh nhân chấn thương ngực nhưng tràn khí màng phổi kết hợp tràn máu màng phổi chiếm đến 12,05%. Đồng thời số xương sườn gãy >3 xương có sự tương quan với tràn khí - máu màng phổi ( $p=0,021$ ) cho thấy sự phối hợp phức tạp của chấn thương ngực kín, đặc biệt các bệnh nhân có gãy trên 3 xương sườn. Nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận có sự tương quan giữa nhóm gãy >3 xương và dập phổi ( $p=0,035$ ), điều này có thể được giải thích bởi dập phổi là một tổn thương với năng lượng cao và thường liên quan với gãy nhiều xương sườn.

Tổn thương kết hợp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương kết hợp phần lớn là gãy xương đòn (26,25%), gãy xương vai (6,25%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hoài Phương ghi nhận 56,70% trường hợp gãy xương sườn đơn giản có 11,70% kèm theo gãy xương đòn và 3,30% kèm theo gãy xương bả vai [8]. Từ đó ta có thể thấy, chấn thương ngực kín có thể đi kèm với các tổn thương kết hợp, chiếm phần lớn là gãy xương đòn.

### 4.3. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 68/83 (81,93%) trường hợp điều trị bảo tồn, chọc hút, trong đó 65/68 (95,59%) trường hợp diễn tiến tốt; 3/68 trường hợp điều trị nội khoa bảo tồn có diễn tiến cần phải đặt dẫn lưu chiếm tỷ lệ 4,41% do có sự tăng



lượng máu trong khoang màng phổi. Có thể thấy tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công rất cao, các trường hợp cần đặt dẫn lưu không phải là sự thất bại trong điều trị nội khoa vì chỉ định điều trị nội khoa ban đầu là hợp lý, các trường hợp đó là diễn biến tự nhiên của chấn thương. Có 18/83 (21,69%) được điều trị dẫn lưu trong đó 17/18 trường hợp dẫn lưu thành công, không biến chứng, tỷ lệ thành công 94,44%, có 1 trường hợp chưa giải quyết triệt để (5,56%) do có biến chứng viêm mũ màng phổi, bệnh nhân cần tiếp tục điều trị các di chứng của viêm mũ màng phổi sau chấn thương. Kết quả chung điều trị thành công đạt 98,80%. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Ngọc Hà năm 2017 với 31/38 (81,58%) bệnh nhân được điều trị dẫn lưu trong đó có 26 trường hợp đặt ống dẫn lưu từ đầu, 5 trường hợp đặt dẫn lưu sau khi điều trị bảo tồn thất bại, tỷ lệ thành công rất cao 90,30% chưa ghi nhận tai biến, biến chứng liên quan dẫn lưu [12].

Trung vị thời gian nằm viện của chúng tôi là 6 ngày, tứ phân vị thứ nhất (25%) và thứ ba (75%) lần lượt là 4 và 8 ngày ngắn hơn so với nghiên cứu của nhóm tác Kozanlı Fatoş và cộng sự là  $17 \pm 3$  ngày. Tác giả Kozanlı Fatoş và cộng sự ghi nhận mối tương quan thuận giữa số lượng xương sườn gãy và thời gian nằm viện, có sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa 2 nhóm có phẫu thuật mở ngực và không có phẫu thuật mở ngực [7]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt về trung vị số ngày nằm viện giữa 2 nhóm gãy 1-3 xương sườn và gãy >3 xương sườn ( $p=0,002 < 0,05$ ), giữa 2 nhóm có và không có dẫn lưu màng phổi ( $p=0,007 < 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 83 bệnh nhân chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ ghi nhận bệnh nhân có độ tuổi trung bình là  $52,8 \pm 12$  tuổi, trong đó nhóm độ tuổi 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,45%, tiếp đến là nhóm trên 60 tuổi với 24,10% và thấp nhất là nhóm từ 21-41 tuổi với 14,46%, đa số bệnh nhân là nam giới với 72,30%, nữ giới chiếm 27,70%. Đau ngực và khó thở là 2 triệu chứng cơ năng chính của bệnh nhân chấn thương ngực kín trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ lần lượt 97,59% và 32,53%. Không có sự tương quan giữa mức độ gãy xương sườn và mức độ tràn máu màng phổi nhưng đối với gãy >3 xương sườn làm tăng nguy cơ tràn khí - máu màng phổi và dập phổi. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bảo tồn trong nghiên cứu là 81,93% với tỷ lệ điều trị thành công là 95,59%, chuyển sang dẫn lưu tỷ lệ 4,41%, điều trị dẫn lưu đạt kết quả tốt chiếm 94,44%, có 1 trường hợp chưa giải quyết triệt để (5,56%) do có biến chứng viêm mũ màng phổi. Kết quả chung điều trị thành công đạt 98,80%. Trung vị thời gian nằm viện là 6 ngày, sự khác biệt về trung vị số ngày nằm viện giữa 2 nhóm gãy 1-3 xương sườn và gãy >3 xương sườn, có dẫn lưu màng phổi và không có dẫn lưu màng phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hữu Lư, Dương Văn Minh. Kết quả điều trị chấn thương ngực kèm theo chấn thương sọ não có dẫn lưu màng phổi đơn thuần tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 507(1).
2. Nguyễn Hữu Ước, Phạm Hữu Lư, Đoàn Quốc Hưng và cộng sự. Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004 – 2006. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2006, 328, 402 - 413.
3. Lưu Sĩ Hùng (2008). Nghiên cứu đặc điểm của chấn thương ngực trên 129 nạn nhân tử vong do tai nạn giao thông đường bộ trong 2 năm 2004 - 2005, *Tạp chí Y học Thực hành*. 2008. 614+615, 86 - 89.

4. Liêu Vĩnh Đạt, Nguyễn Thành Tấn. Ngoại bệnh lý 2, Nhà xuất bản Đại học Cần Thơ. 2021. 160 - 171.
5. Romaldas Rubikas. Emergency thoracotomy, *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 2003. 39(2), 158 - 167.
6. Trương Bình Khang, Liêu Vĩnh Đạt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tràn máu màng phổi do chấn thương ngực kín tại BVĐK Trung Ương Cần Thơ năm 2014 - 2015, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2015.
7. Kozanlı Fatoş, Güler Özlem. Effect of the presence of rib fracture on mortality and morbidity in blunt thoracic traumas, *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2022. 28(4), 440-446, doi: 10.14744/tjtes.2020.55710.
8. Nguyễn Văn Hoài Phương, Phạm Văn Linh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2014 – 2015. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2015.
9. Trần Thanh Bình, Đàm Văn Cường. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín có gãy xương sườn tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016 – 2017. Luận văn Thạc sĩ. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2017.
10. Đoàn Duy Hùng, Đoàn Quốc Hưng. Kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương ngực kín tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn Hà Nội giai đoạn 2012 – 2014. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. 2016. 14, 3-9.
11. Đặng Công Hiếu, Vũ Anh Hải. Đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín có gãy nhiều xương sườn tại bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 500(2).
12. Trần Thị Ngọc Hà, Phan Văn Khoát. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tràn máu, tràn khí màng phổi trong chấn thương ngực tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2017 – 2018. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.

(Ngày nhận bài: 07/12/2022 – Ngày duyệt đăng: 20/02/2023)

---