

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương ngực kín (CTNK) là nguyên nhân tử vong phổ biến trong chấn thương và có thể để lại di chứng nặng nề. Thương tổn trong CTNK 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 khoang màng phổi.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân CTNK tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 71 bệnh nhân (BN) CTNK được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Ngoại lồng ngực Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 04/2023 đến 06/2024.

Kết quả: BN có tuổi trung bình là $52,6 \pm 12$, nam giới chiếm 77,5%, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông với 71,8%; đặc điểm lâm sàng đau ngực chiếm 100%. Gãy xương sườn thường gặp nhất (93%), tổn thương phổi - màng phổi chiếm 71,8%, trong đó: tràn máu màng phổi (33,8%), dập phổi (15,5%), tràn khí - máu màng phổi (7,0%), tràn khí màng phổi đơn thuần (15,5%). Có 70/71 BN được điều trị tốt (98,6%), trung vị thời gian nằm viện là 7 ngày.

Kết luận: CTNK có nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông, nam giới chiếm đa số, nhóm 41 - 60 tuổi thường gặp nhất. 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. Kết quả điều trị thành công chiếm tỷ lệ cao.

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

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF BLUNT CHEST TRAUMA PATIENTS AT CAN THO CITY GENERAL 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: Clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes of blunt chest trauma patients at Can Tho City General Hospital.

Materials and methods: A retrospective descriptive study of 71 patients with blunt chest trauma at Can Tho General Hospital from April 2023 to June 2024.

Results: Mean age: 52.6 ± 12 , 77.5% of cases were male. The main reason is due to traffic accidents (71.8%). The majority of chest trauma patients had chest pain (100%). Rib fracture was the most common injury (93.0%), followed by lung and pleural injuries (71.8%), the proportion of hemothorax, pulmonary contusion, hemopneumothorax and pneumothorax are 33.8%, 15.5%, 7.0% and 15.5% respectively. 70/71 patients were well treated and discharged, accounting for 98.6% with a median hospital stay of 7 days.

Conclusion: Blunt chest trauma is most commonly caused by traffic accidents, with males accounting for the majority, and the 41-60 age group being the most frequently affected. Chest pain is the primary symptom, while rib fractures are the most common injury. Multiple rib fractures increase the risk of pleuropulmonary injuries and prolong hospital stay. The rate of successful treatment outcomes is high.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

CTNK rất thường gặp trong cấp cứu ngoại

¹Trường Đại học Ngoại ngữ - Tin học Tp Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: canhtn@hufit.edu.vn

Mã bài: N842

Ngày nhận bài: 15/1/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/1/2026

Ngày duyệt bài: 5/5/2026

khoa ở mọi tuyến y tế và có tỉ lệ cao ở các bệnh viện tuyến tỉnh và thành phố [6]. Tai nạn giao thông là nguyên nhân thường gặp nên CTNK thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương với các tổn thương rất đa dạng, thường gặp nhất là gãy xương sườn, dập phổi, tràn khí - máu màng phổi,... và có thể phối hợp với các chấn thương khác: sọ não, bụng, tứ chi [7]. Mặc dù tỷ lệ tử vong cao, nhưng nếu tiếp cận xử lý ban đầu đúng đắn thì có thể cứu sống BN và quản lý điều trị CTNK chỉ có khoảng 10% cần phẫu thuật, điều trị nội khoa bảo tồn là chủ yếu [2]. CTNK 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. Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ là một cơ sở y tế điều trị nhiều bệnh nhân CTNK từ lâu nhưng hiện vẫn có ít nghiên cứu về vấn đề này [4],[5],[6]. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ” 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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	16 - 20	2	2,8
	21 - 40	13	18,3
	41 - 60	35	49,3
	> 60	21	29,6
	Trung bình: 52,6 ± 12		
Giới	Nam	55	77,5
	Nữ	16	22,5
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	51	71,8
	Tai nạn lao động	3	4,3
	Tai nạn sinh hoạt	12	16,9
	Khác	5	7,0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân từ 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,3%, tuổi trung bình là 52,6 ± 12 tuổi. Nam giới chiếm ưu thế với 77,5%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,8%.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN CTNK được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả BN CTNK 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 04/2023 đến tháng 06/2024. Bệnh án đầy đủ, rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN 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. BN < 16 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

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

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Kết quả điều trị: Đánh giá kết quả từng phương pháp, đánh giá kết quả chung.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**3.2.1. Đặc điểm lâm sàng***Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng*

Đặc điểm lâm sàng		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Đau ngực	71	100
	Khó thở	29	40,8
	Ho ra máu	2	2,8
Triệu chứng thực thể	Hội chứng ba giảm	24	33,8
	Tràn khí dưới da	9	12,7
	Tam chứng Galliard	12	16,9
	Biến dạng lồng ngực	9	12,7
Vị trí tổn thương	Bên trái	37	52,1
	Bên phải	27	38,0
	Hai bên	7	9,9
Tổn thương thành ngực	Đụng dập thành ngực	5	7,0
	Gãy xương sườn	66	93,0
Tổn thương phổi - màng phổi	TKMP	11	15,5
	TMMP	24	33,8
	Tràn khí - máu màng phổi	5	7,0
	Dập phổi	11	15,5
Tổn thương phối hợp	Chấn thương sọ não	2	2,8
	Gãy xương đòn	21	29,6
	Gãy xương vai	5	7,0
	Chấn thương cánh tay - cẳng tay	6	8,5

Nhận xét: 100% BN vào viện có đau ngực, 40,8% khó thở, 2,8% ho ra máu. Hội chứng 3 giảm chiếm 33,8%, tam chứng Galliard chiếm 16,9%. Tổn thương cả 2 bên chiếm 9,9%. Gãy xương sườn kèm theo chiếm 93,0%. Tổn thương phổi - màng phổi đa số là tràn máu màng phổi với 33,8%. Tổn thương phối hợp đa số là gãy xương đòn với 29,6%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa xương sườn gãy và tổn thương phổi - màng phổi

Tổn thương phổi- màng phổi	Gãy 1-3 xương sườn (n = 36)		Gãy > 3 xương sườn (n = 30)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tràn khí màng phổi	4	13,3%	7	19,4%
Tràn máu màng phổi	11	30,6%	13	43,3%
Tràn khí - máu màng phổi	1	2,8%	4	13,3%
Dập phổi	4	11,1%	7	23,3%
Tổng	23	63,9%	28	93,3%

Nhận xét: Tỷ lệ BN bị tổn thương phổi - màng phổi ở nhóm BN gãy nhiều hơn 3 xương sườn chiếm tỷ lệ 93,3% cao hơn ở nhóm gãy từ 1 - 3 xương sườn chỉ có 59,0%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng			Số BN	Tỷ lệ (%)
Siêu âm phổi - màng phổi	Có khí trong khoang phổi		16	22,5
	Có dịch máu trong khoang phổi		33	46,5
X quang ngực	Gãy xương sườn		66	93,0
	Tràn khí màng phổi	Ít	5	7,0
		Trung bình	7	9,9
		Nhiều	5	7,0
	Tràn máu màng phổi	Ít	9	12,7
		Trung bình	14	19,7
		Nhiều	7	9,9

Nhận xét: Siêu âm phát hiện có khí trong khoang phổi chiếm 22,5% và có dịch máu trong khoang phổi chiếm 46,5%. X-quang có gãy xương sườn chiếm 93%. Tràn khí màng phổi trên phim Xquang lượng nhiều chiếm 7%. Tràn máu màng phổi trên X quang lượng nhiều chiếm 9,9%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5. Phương pháp điều trị ban đầu

Phương pháp điều trị ban đầu	Số BN	Tỷ lệ (%)
Bảo tồn (theo dõi không can thiệp)	32	45,1
Chọc hút	28	39,4
Dẫn lưu	11	15,5
Phẫu thuật	0	0
Tổng	71	100

Nhận xét: Trong số 71 BN CTNK, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm điều trị bảo tồn với 32 BN (45,1%), nhóm BN được chọc hút chiếm 39,4%, nhóm BN được dẫn lưu chiếm 15,5%.

Bảng 6. Kết quả điều trị

Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị			
	Tần số	Tốt	Chưa triệt để	Tỷ lệ thành công
Bảo tồn (không can thiệp)	32	32	0	100%
Chọc hút	28	25	3*	89,3%
Dẫn lưu	14	13	1**	92,9%
Kết quả chung	71	70	1	98,6%

(*) 3 BN chọc hút ban đầu chưa triệt để chuyển sang dẫn lưu màng phổi.

(**) 15 BN dẫn lưu màng phổi ban đầu và 3 BN chuyển phương pháp dẫn lưu màng phổi.

Nhận xét: Trong số 28 BN điều trị chọc hút có 3 BN điều trị không triệt để, chuyển sang dẫn lưu, trong số 14 BN dẫn lưu có 1 trường hợp điều trị không triệt để, tỷ lệ điều trị thành công chung là 98,6%. Trung vị thời gian nằm viện là 7 ngày (1 - 30 ngày).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

CTNK 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 [5]. Chúng tôi có nhóm tuổi trung niên 41-60 tuổi chiếm đa số với 49,3%, nhóm BN > 60 tuổi chiếm 29,6%, tuổi trung bình là $52,6 \pm 12$. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn ghi nhận tuổi trung bình $52,8 \pm 12$ tuổi, nhóm tuổi 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,45% [5]. Đặng Công Hiếu và Kozanlı Fatos có tuổi trung bình lần lượt là $52,82 \pm 11,72$ và 52 ± 12 tuổi [1],[8]. Một số tác giả khác có tuổi trung bình thấp hơn của chúng tôi như Nguyễn Thế Anh (tuổi trung bình là 47,33), Đoàn Duy Hùng (tuổi trung bình $46,6 \pm 16,9$) [2],[3].

Chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm đa số với 77,5%, các nghiên cứu khác cũng có kết quả tương tự. Đoàn Duy Hùng và Nguyễn Thế Anh ghi nhận nam giới chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 85% và 78,57% [2],[3].

Nguyên nhân chủ yếu gây CTNK chủ yếu là do tai nạn giao thông. Kết quả của chúng tôi có nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 71,8%. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn, Phạm Hữu Lưu và Đoàn Duy Hùng cũng có kết quả nguyên nhân hàng đầu là tai nạn giao thông với tỷ lệ lần lượt là 67,47%, 70,6% và 60,2% [2],[5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Chúng tôi có kết quả vị trí tổn thương bên trái chiếm 52,1% và tổn thương cả 2 bên chiếm 9,9%, kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu khác. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn ghi nhận tổn thương bên trái chiếm 65,06%, bên phải chiếm 26,51% và cả 2 bên chiếm 8,43% [5]. Nguyễn Thế Anh có tổn thương bên trái chiếm 58,48%, bên phải chiếm 29,91% và cả 2 bên chiếm 11,61% [3]. Đoàn Duy Hùng có kết quả bên ngực trái chiếm 48,7%, ngực phải chiếm 36,3% và cả hai bên chiếm 15% [2].

Chúng tôi ghi nhận đau ngực và khó thở là 2

triệu chứng cơ năng chính của BN, 100% BN vào viện có triệu chứng đau ngực, 40,8% trường hợp khó thở, 2,8% ho ra máu. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn ghi nhận gần như đa số BN đều có đau ngực chiếm 97,59%, 32,53% BN có cảm giác khó thở, đây là triệu chứng cơ năng điển hình với BN CTNK [5]. Nguyễn Thế Anh ghi nhận 100% BN đều có triệu chứng đau ngực, 30,36% có cảm giác khó thở; chỉ có 0,89% có triệu chứng ho ra máu, là những trường hợp có dập phổi [3]. Nguyễn Văn Hoài Phương nghiên cứu 60 BN có đau ngực chiếm 58,3% và khó thở chiếm 25% [4]. Đoàn Duy Hùng nghiên cứu 113 BN có đau ngực chiếm 87,6%, khó thở chiếm 51,4% [2]. Có thể thấy đau ngực và khó thở là những triệu chứng cơ năng rất thường gặp và góp phần gợi ý CTNK.

Chúng tôi có hội chứng 3 giảm chiếm 33,8%, tam chứng Galliard chiếm 16,9%, biến dạng lồng ngực và tràn khí dưới da chiếm tỷ lệ bằng nhau với 12,7%. Nguyễn Thế Anh, Phạm Đoàn Ngọc Tuấn và Nguyễn Văn Hoài Phương ghi nhận hội chứng ba giảm có ở BN tràn máu màng phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 41,07%, 38,55% và 28,3% [3],[4],[5]. Tam chứng Galliard gặp ở BN tràn khí màng phổi trong nghiên cứu của Phạm Đoàn Ngọc Tuấn và Nguyễn Văn Hoài Phương có kết quả tương tự chúng tôi với tỷ lệ lần lượt là 12,05% và 15% [4],[5]. Tỷ lệ tràn khí dưới da của Phạm Đoàn Ngọc Tuấn và Nguyễn Thế Anh cũng tương đồng với chúng tôi với 14,46% và 13,84% [3],[5].

Tổn thương thành ngực chúng tôi ghi nhận đa số là gãy xương sườn chiếm 93,0%. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn ghi nhận gãy xương sườn chiếm 91,57% với trung vị số xương sườn gãy là 3 [4]. Kozanlı Fatos ghi nhận 100% BN có gãy xương sườn, số xương sườn gãy trung bình là 3 ± 2 [8]. Nguyễn Thế Anh, Đoàn Duy Hùng cũng ghi nhận BN có gãy xương sườn chiếm 100% và 80,5% [2],[3]. Tổn thương thành ngực của chúng tôi có sự tương đương với các tác giả khác. Qua đó có thể thấy thương tổn gãy xương sườn rất thường gặp ở BN CTNK.

Tổn thương phổi - màng phổi đa số là tràn máu màng phổi với 33,8%, tràn khí - máu màng

phổi chỉ chiếm 7,0%, dập phổi và tràn khí màng phổi bằng nhau với 15,5%. 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 khác. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn có tỷ lệ tổn thương phổi - màng phổi chiếm 53,01%, trong đó tràn máu màng phổi đơn thuần chiếm đa số với 37,35%, tràn khí màng phổi đơn thuần chiếm 2,4%, tràn khí - máu màng phổi chiếm 12,05% và dập phổi 16,87% [5]. Đặng Công Hiếu ghi nhận tràn máu màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,5%, tràn khí - máu màng phổi chiếm 26%, tràn khí màng phổi chiếm 9,5% và dập phổi chiếm 16,4% [1]. Nguyễn Thế Anh ghi nhận các tổn thương khoang màng phổi chiếm 52,23%, trong đó, tràn máu khoang màng phổi chiếm cao nhất với 37,05%, tràn khí khoang màng phổi chỉ gặp 4,02%, tràn khí - máu khoang màng phổi là 11,16%, có 18,75% đưng dập nhu mô phổi [3].

Tổn thương phổi hợp của chúng tôi đa số là gãy xương đòn với 29,6%, chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ thấp với 2,8%. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn có tổn thương kết hợp phần lớn là gãy xương đòn với 26,25%, gãy xương vai với 6,25% [5]. Nguyễn Văn Hoài Phương ghi nhận 56,7% BN gãy xương sườn đơn giản, 11,7% kèm theo gãy xương đòn và 3,3% kèm theo gãy xương vai [4]. Từ đó ta có thể thấy, CTNK có thể đi kèm với các tổn thương kết hợp, chiếm phần lớn là gãy xương đòn.

Chụp X-quang là xét nghiệm có giá trị chẩn đoán đa số các trường hợp CTNK. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực giúp chẩn đoán xác định khi X-quang không xác định hết tổn thương. Tất cả các BN của chúng tôi đều được chụp phim X-quang ngực để chẩn đoán và kết hợp siêu âm thành ngực và phim cắt lớp vi tính lồng ngực để xác định tổn thương, có 88,7% BN có thể xác định chẩn đoán chỉ dựa trên phim chụp X-quang ngực, 11,3% BN không xác định được hết tổn thương mà phải dựa trên các phương pháp khác, chủ yếu là chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Nguyễn Thế Anh cũng có kết quả tương tự với 100% BN được chụp X-quang ngực, có 85,71% trường hợp có thể xác định chẩn đoán chỉ dựa trên phim chụp X-quang, 14,29% trường hợp không xác định được hết tổn thương mà phải dựa trên các phương pháp khác, chủ yếu là chụp cắt lớp vi tính lồng ngực [3].

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

Chúng tôi có 32 BN (45,1%) được điều trị bảo tồn, nhóm BN được chọc hút chiếm 39,4%, nhóm BN được dẫn lưu chiếm 15,5%, không có BN nào được phẫu thuật. Trong số 28 BN điều trị chọc hút có 3 BN điều trị không triệt để, chuyển sang dẫn lưu, trong số 14 BN dẫn lưu có 1 trường hợp điều trị không triệt để, tỷ lệ điều trị thành công chung là 98,6%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng các tác giả khác. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn có 81,93% trường hợp điều trị bảo tồn, chọc hút, trong đó có 95,59% trường hợp diễn tiến tốt; 3 trường hợp điều trị nội khoa bảo tồn có diễn tiến cần phải đặt dẫn lưu chiếm 4,41% do có sự tăng lượng máu trong khoang màng phổi [5]. 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 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, BN cần tiếp tục điều trị các di chứng của viêm mũ màng phổi sau chấn thương. Kết quả chung điều trị thành công đạt 98,8% [5]. Trần Thị Ngọc Hà có 81,58% BN được điều trị dẫn lưu trong đó có 26 BN đặt ống dẫn lưu từ đầu, 5 BN 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 [6].

Trung vị thời gian nằm viện của chúng tôi là 7 ngày, ngày nằm viện lâu nhất là 30 ngày, còn thấp nhất là 1 ngày. Trung vị thời gian nằm viện của Phạm Đoàn Ngọc Tuấn 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 ± 3 ngày [5],[8].

V. KẾT LUẬN

CTNK có nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông, nam giới chiếm đa số, nhóm 41 - 60 tuổi thường gặp nhất. 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. Kết quả điều trị thành công chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Công Hiếu, Vũ Anh Hải** (2021), “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*. 500(2), tr. 1-4.
2. **Đoàn Duy Hùng, Đoàn Quốc Hưng** (2016), “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*. 14 tr. 1-9.
3. **Nguyễn Thế Anh, Lê Văn Hải, Lê Việt Anh** (2025), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí cấp cứu chấn thương ngực kín tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103”, *Tạp chí y Dược học Quân sự* 3, tr. 162-169.
4. **Nguyễn Văn Hoài Phương, Phạm Văn Linh** (2015), *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*, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Phạm Đoàn Ngọc Tuấn, Đinh Thị Tú Trinh, Võ Hoàng Nhuận và cộng sự.** (2023), “Kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. số 59, tr. 100-109.
6. **Trần Thị Ngọc Hà, Phan Văn Khoát** (2018), *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*, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. **Trần Thị Thu Minh, Trần Thị Loan, Lê Anh Tuấn và cộng sự.** (2024), *Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm hai chiều của bệnh nhân chấn thương ngực tới khám tại bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Hồi năm 2024* Bệnh viện Khu vực Ngọc Hồi.
8. **F. Kozanlı, Ö Güler** (2022), “Effect of the presence of rib fracture on mortality and morbidity in blunt thoracic traumas”, *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 28(4), tr. 440-446.