BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CẢNH CHUNG VÀ TĨNH MẠCH CẢNH TRONG TRÁI

Lê Văn Thực*, Nguyễn Minh Tuấn*, Nguyễn Thành Luân*, Nguyễn Tiến Mạnh*, Trần Nam Long*, Nguyễn Đình Hợp*, Lò Đức Thành*

TÓM TẮT

Vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ bao gồm vết thương động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong, động tĩnh mạch dưới đòn, thân động mạch cánh tay đầu, tĩnh mạch vô danh và động mạch sống không tính đến tĩnh mạch cảnh ngoài. Vết thương bó mạch cảnh có thể gây thiếu máu não cấp tính, đột quỵ, mất máu nhiều gây số mất máu dẫn đến tử vong. So với vết thương mạch máu ngoại vi tổn thương bó mạch cảnh có tỷ lệ tử vong rất cao lên tới 30-40%. Nguyên nhân gây nên vết thương bó mạch cảnh thường do đạn bắn, dao đâm hoặc vật sắc nhọn khác. Ngay từ những năm 60 của thế kỷ trước các tác giả đã đề cập đến nguyên tắc khám, chẩn đoán và xử trí vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ. Đến nay nhờ những tiến bộ trong phẫu thuật mạch máu việc chẩn đoán và xử trí vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ đạt được nhiều kết quả khả quan. *Mục tiêu: Báo cáo thông tin lâm sàng trường hợp vết thương vùng cổ, đứt động mạch cảnh chung, tĩnh mạch cảnh trong bên trái được chẩn đoán và xử trí thành công tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an*

SUMMARY

A CASE REPORT: INJURY OF LEFT COMMON CAROTID ARTERY AND INTERNAL JUGULAR VEIN

Vascular injuries to the neck and base of the neck include injuries to the carotid artery, internal jugular vein, subclavian artery, brachial artery stem, anonymous vein, and vertebral artery excluding the external jugular vein. Injuries to the carotid artery can cause acute cerebral ischemia, stroke, and massive blood loss, leading to death. Compared with peripheral vascular injuries, the carotid bundle has a very high mortality rate of 30-40%. Carotid Injuries is usually caused by a bullet, knife, or other sharp object. As early as the 60s of the last century, the principles of examination, diagnosis and treatment of vascular wounds in the neck and base of the neck were mentioned. Up to now, thanks to advances in vascular surgery, the diagnosis and management of vascular wounds in the neck and base of the neck have achieved many positive results. **Objective**: We report clinical information on a case of neck wound, common carotid artery rupture, left internal jugular vein diagnosed and treated successfully at Hospital 19-8, Ministry of Public Security.

**Bệnh viện 198*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thực
Email: bsthuctmln@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.5.2022
Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022
Ngày duyệt bài: 11.7.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ bao gồm vết thương động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong, động tĩnh mạch dưới đòn, thân động mạch cánh tay đầu, tĩnh mạch vô danh và động mạch sống không tính đến tĩnh mạch cảnh ngoài. Vết thương bó mạch cảnh có thể gây thiếu máu não cấp tính, đột quỵ, mất máu nhiều gây sốc mất máu, dẫn đến tử vong. So với vết thương mạch máu ngoại vi tổn thương bó mạch cảnh có tỷ lệ tử vong rất cao lên tới 30-40%. Nguyên nhân gây nên vết thương bó mạch cảnh thường do đạn bắn, dao đâm hoặc vật sắc nhọn khác. Ngoài vết thương bó mạch cảnh còn có thể có các tổn thương khác kèm theo như: vết thương khí quản, thực quản, tuyến giáp… Ngay từ những năm 60 của thế kỷ trước các tác giả như Vernon Pittcher, Marvin Pomerait… đã đề cập đến nguyên tắc khám, chẩn đoán và xử trí vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ. Cho đến nay nhờ những tiến bộ trong phẫu thuật mạch máu việc chẩn đoán và xử trí vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ đạt được nhiều kết quả khả quan [1].

I. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Tô. A.T … tuổi 24, nghề nghiệp: làm ruộng

Địa chỉ: Đông Anh, Hà Nội

Vào khoa cấp cứu lúc 07 giờ 50 phút, ngày 15/4/2022.

Lý do vào viện: sốc mất do vết thương vùng cổ trái sau tai nạn giao thông

Bệnh sử: Trước vào viện 2h, bệnh nhân bị tai nạn giao thông, xe máy- ô tô ngược chiều, bị mảnh vỡ từ kính ô tô bắn vào vùng cổ bên trái gây chảy máu nhiều đã được người đi đường cầm máu tạm thời bằng cách chèn vải áo vào vết thương. Bệnh nhân được đưa vào bệnh viện 19-8 trong tình trạng tỉnh, mệt nhiều, da xanh tái, niêm mạc nhợt, mạch nhanh nhỏ110 lần/phút, huyết áp 60/40mmHg, vùng cổ trái cạnh bờ trước cơ ức đòn chũm có vết thương khoảng 4cm bờ nham nhở, máu chảy nhiều phun thành tia qua vết thương. Lồng ngực cân đối, tiếng tim và rì rào phế nang 2 phổi bình thường.

Chẩn đoán sơ bộ: Sốc mất máu do vết thương vùng cổ trái do tai nạn giao thông, nghi

tổn thương bó mạch cảnh.

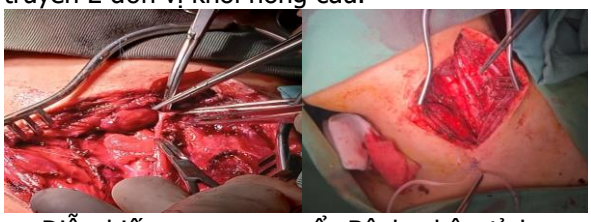
Bệnh nhân được băng ép cầm máu tạm thời, hồi sức, truyền dịch, làm các xét nghiệm cấp cứu và ngay lập tức được chuyển vào phòng mổ để phẫu thuật.

Kết quả các xét nghiệm cấp cứu của bệnh nhân:

- Công thức máu: HC 5,36 T/L, HCT 43,7%, Hb 14,8g/dL, TC 369 G/L, BC 9.54G/L.
- Nhóm máu B
- Đông máu Prothrombine 11s, APTT 29,7s, INR 0,98
- Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường

Phẫu thuật. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa đầu nghiêng sang phải.

Mở vết thương kiểm tra thấy: vết thương dài khoảng 4cm ngang mức bờ dưới sụn giáp, bờ vết thương nham nhở. Bộc lộ qua vết thương thấy đứt bán phần cơ ức đòn chũm, nhiều máu đỏ tươi phun mạnh ra, dùng ngón tay bịt lại cầm máu tạm thời. Mở rộng vết thương về 2 phía, bộc lộ động mạch cảnh chung và tĩnh mạch cảnh trong bên trái về 2 đầu thương tổn, kẹp kiểm soát 2 đầu của động mạch cảnh chung và tĩnh mạch cảnh trong bên trái bằng clamp mạch máu. Tiếp tục mở vào vị trí vết thương quan sát thấy động mạch cảnh chung bên trái đứt bán phần 1/2 chu vi, tĩnh mạch cảnh trong trái đứt gần rời. Bóc tách bộc lộ rõ nơi tổn thương mạch máu, cắt lọc tổ chức đụng dập. Khâu nối tận – tận vết thương động mạch bằng chỉ Premilene 6.0, tĩnh mạch cảnh trong bằng chỉ Premilen 7.0. Sau khi khâu xong bỏ clamp kiểm tra thấy mạch lưu thông tốt, không chảy máu, đồng tử 2 bên co đều. Cầm máu, đặt dẫn lưu hút áp lực âm, đóng vết mổ từng lớp. Trong mổ bệnh nhân được truyền 2 đơn vị khối hồng cầu.



Diễn biến ngay sau mổ: Bệnh nhân tỉnh sau phẫu thuật 70 phút. Đồng tử 2 bên co đều, phản xạ ánh sáng (+), tiếng nói trong, không yếu liệt chi.

Điều trị sau mổ:

- Thuốc: kháng sinh, giảm đau, chống viêm
- Chống đông: Heparin 0,5mg\kg cân nặng, gối Aspirin 80mg vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật
- Dẫn lưu vết mổ: Ngày 1: 90 ml/24h, ngày 2: 40ml/24. Rút dẫn lưu ngày thứ 2 sau phẫu thuật.

Bệnh nhân được xuất viện sau phẫu thuật 7 ngày trong tình trạng: tỉnh táo hoàn toàn, không yếu liệt, giọng nói trong, vết mổ khô.

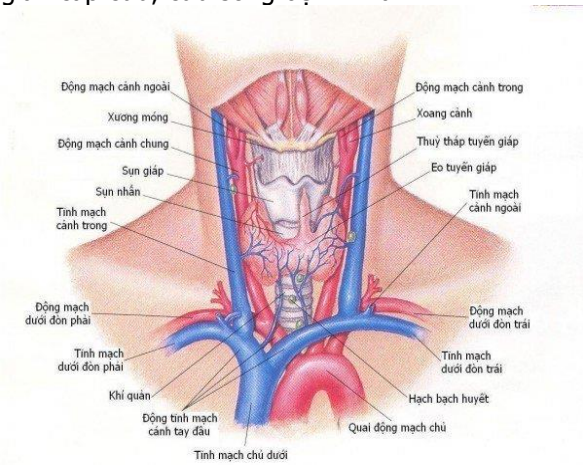
III. BÀN LUẬN

Giải phẫu vùng cổ: được giới hạn từ nền sọ đến mặt cắt ngang trên khớp ức đòn 1 cm. Tổn thương mạch máu vùng này thường chảy máu thành tia ra ngoài gây sốc mất máu hoặc được các cân ở cổ bọc lại thành khối máu tụ lớn gây chèn ép khí quản cản trở hô hấp [1].

Vùng nền cổ: được giới hạn dưới mặt cắt ngang trên khớp ức đòn 1cm. Tổn thương mạch máu vùng này thường thông với khoang màng phổi làm cho bệnh nhân nhanh chóng rơi vào tình trạng sốc mất máu và suy hô hấp [1].

Như vậy tổn thương mạch máu vùng cổ, nền cổ đều làm mất máu nhiều gây sốc và suy hô hấp dễ gây tử vong cho bệnh nhân.

Bệnh nhân của chúng tôi bị vết thương do mảnh kính ô tô cửa vào vùng cổ trái. Lúc đầu bệnh nhân bị chảy máu nhiều, sau khi được sơ cứu chèn vết thương bằng vải áo cùng với sự bọc lại của cân cổ trong tình trạng huyết áp thấp làm cho máu tạm thời không chảy thêm. Đây cũng chính là cơ hội vàng để chúng tôi có đủ thời gian cấp cứu, cứu sống bệnh nhân.



Nguồn Nguyễn Quang Quyền. Bài giảng Giải phẫu học [2]

Lâm sàng: Sốc mất máu với biểu hiện mạch nhanh, huyết áp tụt kẹt là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân vết thương mạch cổ và nền cổ. Theo Demetriades- D và Skalkides- J sốc mất

máu chiếm 81% các trường hợp bị vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ [3]. Kiểm tra mạch phần ngoại vi của vết thương nếu thấy mạch bị mất hoặc yếu hơn bên không bị thương là triệu chứng khách quan có giá trị. Một số tác giả đề nghị mạch đập yếu đi hay mất mạch bên có vết thương cũng là một chỉ định mổ thăm dò nếu không đủ thời gian và điều kiện để thực hiện các thăm dò khác như: siêu âm doppler, chụp mạch [4]… Dấu hiệu chảy máu nhiều hoặc máu phun thành tia qua vết thương là 1 triệu chứng điển hình của vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ. Tuy nhiên khi bệnh nhân được đưa đến viện thường đã được sơ cứu bằng băng ép hoặc được tổ chức cân cơ vùng cổ bọc lại nên dấu hiệu này ít gặp hơn trên lâm sàng ngay khi tiếp nhận cấp cứu bệnh nhân. Theo Lundy- LJ và Mandal AK, 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 [5]. Belinkie SAvà Russell- JC 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 [6]. Bệnh nhân của chúng tôi sau khi bị tai nạn đã được sơ cứu băng chèn vết thương nên không thấy rõ dấu hiệu máu chảy qua vết thương, nhưng với biểu hiện của sốc mất máu, có vết thương vùng cổ trái nên chúng tôi nhận định đây là một tình huống tối cấp cứu với bệnh nhân có vết thương mạch máu vùng cổ. Từ nhận định như trên chúng tôi đã tiến hành ngay lập tức các biện pháp cấp cứu cho bệnh nhân như: băng ép cầm máu tạm thời vết thương, làm các xét nghiệm cấp cứu để phục vụ truyền máu và phẫu thuật, phẫu thuật xử lý các mạch máu bị tổn thương…

Phẫu thuật: Đối với vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ việc chỉ định phẫu thuật hay không được đưa ra tùy thuộc vào tính chất vết thương và mức độ mất máu. Hiện nay chỉ định phẫu thuật được chia ra 3 mức độ: (1) Mổ cấp cứu; Chỉ định khi: Vết thương đang chảy máu, sốc mất máu, suy hô hấp. (2) Mổ cấp cứu trì hoãn; Vết thương không còn chảy máu, mạch – huyết áp ổn định, vết thương phức tạp cần chuẩn bị kỹ lưỡng trước mổ (cưa xương ức …). (3) Thắt mạch cầm máu (không nối lại mạch máu); bệnh nhân có tổn thương nặng về thần kinh, hôn mê, liệt nửa người, bệnh nhân đã được thắt mạch ở tuyến trước nhưng không dùng thuốc chống đông. Những trường hợp này nếu phẫu thuật nối lại mạch máu có thể làm tổn thương về thần kinh nặng thêm do cục máu đông bong ra làm tắc các mạch còn lại bên đối diện [1].

Với bệnh nhân của chúng tôi đến viện trong tình trạng sốc mất máu, không phát hiện tình trạng tổn thương về thần kinh. Do vậy việc chỉ định phẫu thuật cấp cứu nối lại mạch máu tái lập lưu thông máu là hợp lý. Sau phẫu thuật bệnh nhân được dung thuốc chông đông với liều 10000 UI/24h (truyền liên tục bằng bơm tiêm điện) trong 03 ngày, thuốc chống ngưng tập tiểu cầu Aspirin liều 250 mg/24h từ ngày thứ 2 sau mổ đến ngày thứ 10.

Một số tác giả có chủ chương chỉ định mổ thăm dò khi có vết thương vùng cổ. Theo Wood. J mổ thăm dò ở mọi bệnh nhân có vết thương ở vùng cổ II do tỉ lệ tổn thương nặng ở vùng này cao [7]. 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.

Các thăm dò phục vụ việc chẩn đoán vết thương mạch máu vùng cổ, nền cổ: 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. Tuy nhiên cần cân nhắc kỹ, chọn lọc bệnh nhân nhằm tiết kiệm thời gian quí báu để mổ kịp thời [8]. Đồng thời theo Demetriades D và Skalkides J, lâm sàng đủ để quyết định mổ, chụp động mạch không phải là chỉ định tuyệt đối trước mổ [3].

IV. KẾT LUẬN

Vết thương mạch máu vùng cổ có nguy cơ gây tử vong cho bênh cao. Qua trường hợp cấp cứu thành công cho bệnh nhân bị vết thương cả động mạch cảnh và tĩnh mạch cảnh trong trái chúng thôi thấy rằng nếu sơ cứu đúng kỹ thuật và phẫu thuật kịp thời sẽ đem lại kết quả tốt, không để lại di chứng xấu nào với bệnh nhân bị vết thương mạch máu vùng cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Thành (2001),** Vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ, Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng ngực, Nhà xuất bản Y học, Hà nội.
2. **Nguyễn Quang Quyền (1990)**, Bài giảng Giải phẫu học, Vol. 1, Nhà xuất bản y học.
3. **Demetriades D và Skalkidae J (1989)**, "Carotid artery injuries: experience with 124 cases", Trauma. 1, tr. 91 - 94.
4. **Lee, T. S và các cộng sự. (2014),** "Management of carotid artery", J. Trauma. 7(3), tr. 175-189.
5. **Lundy LJ và Mandal AK (1978)**, "Experience in selective operations in the manangement of penetrating wounds of the neck", Surg Gynec & Obstetrics. 147, tr. 845 - 848.
6. **Belinkie SA, Russell JS và Becker DR (1983),** "Management of penetrating neck injury", J Trauma. 3, tr. 235 – 237.

7. Wood J và Fabian Mangiante EC (1989), "Penetrating neck injuries: Recommendations- for selective management", J.Trauma. 5, tr. 602 - 605.

8. Elerding, S. C, Manart, F. D và Moore, E. E (2016), "A reappraisal of penetrating neck injury management", J trauma. 20(8), tr. 695-697.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA SIÊU ÂM TRONG BUỒNG TIM HƯỚNG DẪN ĐÓNG THÔNG LIÊN NHĨ LỖ LỚN BẰNG DỤNG CỤ QUA DA

Nguyễn Quốc Tuấn[1], Nguyễn Thượng Nghĩa[1], Hoàng Văn Sỹ[1,2], Đặng Vạn Phước[3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đóng thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da là chiến lược điều trị được ưu tiên lựa chọn. Tuy nhiên, thông liên nhĩ lỗ lớn luôn là một thử thách cho các thủ thuật viên. Siêu âm tim thực quản là kỹ thuật hình ảnh được sử dụng trong các thủ thuật đóng thông liên nhĩ lỗ lớn, tuy nhiên bệnh nhân cần được tiền mê và bảo về đường thở đầy đủ. Siêu âm trong buồng tim hướng dẫn đóng thông liên nhĩ lỗ lớn là kỹ thuật mới cho thấy an toàn và hiệu quả. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của siêu âm trong buồng tim hướng dẫn đóng thông liên nhĩ lỗ lớn bằng dụng cụ qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 55 bệnh nhân thông liên nhĩ thứ phát lỗ lớn được theo dõi và điều trị tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu tiến cứu, nhãn mở, không ngẫu nhiên, theo dõi dọc. **Kết quả:** nghiên cứu ghi nhận 55 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 41,78 ± 11,64 tuổi (23 - 62 tuổi), giới nữ chiếm 85,45%. Đường kính thông liên nhĩ trung bình là 24,14 ± 3,42 mm (siêu âm tim qua thực quản) và 27,89 ± 4,27 mm (siêu âm tim trong buồng tim) với P< 0,001. Đường kính thiết bị được chọn là 29,96 ± 4,40 (20 - 37mm), tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi và đánh giá nội viện, 1 tháng và 3 tháng. Chúng tôi ghi nhận 100% các trường hợp thành công về mặt kỹ thuật, theo dõi bệnh nhân nội viện ghi nhận 01 trường hợp rung nhĩ (1,82%) được chuyển nhịp thành công và duy trì nhịp xoang đến tháng thứ 3. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận thêm biến cố bất lợi nào khác tại thời điểm 3 tháng. Sau thời gian theo dõi 3 tháng, chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân có cải thiện khó thở theo phân độ NYHA cũng như các chỉ số đường kính thất phải và áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng việc đóng các thông liên nhĩ thứ phát lỗ lớn qua da có đường kính 20–37 mm dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim có thể được thực hiện một cách an toàn và hiệu quả.

Từ khoá: thông liên nhĩ, thông liên nhĩ lỗ lớn, siêu âm tim trong buồng tim.

SUMMARY

THE SAFE AND EFFECTIVE GUIDANCE BY INTRACARDIAC ECHOCARDIOGRAPHY FOR TRANSCATHETER CLOSURE IN LARGE ATRIAL SEPTAL DEFECTS

Background: Percutaneous septal closure is the preferred treatment strategy. However, large atrial septal defect is always a challenge for the operator. Esophageal echocardiography is the imaging technique used as a guide in the closure of a large atrial septal defect. However, patients should be pre-anesthetized and adequately secured with airway protection. Intracardiac echocardiography guided closure of a large atrial septal defect is a new technique that has been shown to be safe and effective. **Objective:** Evaluating the safety and efficacy of transcatheter closure of large atrial septal defect under intracardiac echocardiography guidance. **Subjectives and method:** 55 patients with large atrial septal defect were treated at the cardiovascular centre, Cho Ray Hospital. The prospective, open label, non-randomized, longitudinal study. **Result:** 55 patients had mean age of 41.78 ± 11.64 years old (23 – 62 years), female 85.45%. The mean diameters of the atrial septal defect were 24.14 ± 3.42 mm (transesophageal echocardiography) and 27.89 ± 4.27 mm (intracardiac echocardiography) with P<0.001. The mean diameter of the device is 29.96 ± 4.40 mm (20 - 37 mm). All patients were evaluated in-hospital, 1 month and 3 months, recording 100% of the cases technically successful. We followed up in-hospital patients and recorded 01 case of atrial fibrillation (1.82%) who were successfully converted and maintained sinus rhythm during follow-up; In addition, no other adverse events were recorded at 3 months. After a 3-month follow-up period, we recorded patients with improved dyspnea according to NYHA class as well as the right ventricular diameter and pulmonary artery pressure on echocardiography. **Conclusion:** Our study has shown that the percutaneous closure of large secondary atrial septal defects in the 20–37 mm diameter range under intracardiac echocardiography guidance can be performed safely and effectively.

[1]Bệnh viện Chợ Rẫy
[2]Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
[3]Khoa Y, Đại học Quốc Gia, TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Tuấn
Email: dr.nguyenquoctuan@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.5.2022
Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022
Ngày duyệt bài: 12.7.2022