

thương phổi mô kẽ [2]. Theo nghiên cứu của STEEN và cs, 43% bệnh nhân XCB thể khu trú có kháng thể kháng centromere dương tính và làm tăng nguy cơ bị tăng áp động mạch phổi, 33% bệnh nhân XCB toàn thể có anti-Scl 70 dương tính và liên quan chặt chẽ đến bệnh phổi kẽ [4]. Nghiên cứu của Cattogio LJ và cộng sự (1993) trên 75 bệnh nhân xơ cứng bì cũng đưa ra kết luận kháng thể kháng Centromere liên quan đến XCB khu trú và tăng áp động mạch phổi, kháng thể kháng Scl-70 liên quan đến XCB toàn thể và bệnh phổi kẽ [5].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa tổn thương phổi và một số tự kháng thể trong bệnh xơ cứng bì của 65 bệnh nhân XCB điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp và Trung tâm Hồ Hấp, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Da liễu Trung Ương, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tỷ lệ tổn thương phổi là 73,8% trong đó BPMK đơn thuần chiếm tỷ lệ 35,4%, TAĐMP đơn thuần là 6,2%, BPMK phối hợp với TAĐMP chiếm 26,2% và phối hợp với TDMP chiếm 3,1%. Bệnh phổi mô kẽ chủ yếu gặp trong XCB toàn thể, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ TAĐMP và TDMP giữa các thể lâm sàng của XCB.

- Kháng thể kháng Scl-70 gặp chủ yếu trong XCB toàn thể, kháng thể kháng centromere gặp

nhều trong XCB thể khu trú. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về sự xuất hiện của các tự kháng thể khác theo thể lâm sàng của XCB.

- Tỷ lệ BPMK ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Scl-70 dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có kháng thể này và TAĐMP ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lưu Phương Lan (2016)**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chức năng thông khí phổi trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Luận văn tiến sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội
2. **Nguyễn Thị Hoa (2015)**. Mối liên quan giữa kháng thể kháng Topoisomerase I với tổn thương một số cơ quan trong bệnh xơ cứng bì hệ thống. Luận văn thạc sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Ingegnoli F, Ughi N, Mihai C**. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of systemic sclerosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018;32(2):223-240. doi:10.1016/j.berh.2018.08.005.
4. **Steen VD, Powell DL, Medsger TA**. Clinical correlations and prognosis based on serum autoantibodies in patients with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 1988;31(2):196-203. doi:10.1002/art.1780310207.
5. **Cattogio LJ, Bernstein RM, Black CM, Hughes GR, Maddison PJ**. Serological markers in progressive systemic sclerosis: clinical correlations. *Ann Rheum Dis*. 1983;42(1):23-27. doi:10.1136/ard.42.1.23.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: PHẪU THUẬT BỆNH NHÂN VẾT THƯƠNG THẤU PHỔI VÀ THẤU TIM DO TỰ ĐÂM KẾT HỢP BỎNG THỰC QUẢN DO CHẤT TẮY RỬA

Hoàng Mạnh Vững*, Nguyễn Hải Ghi*

TÓM TẮT

Tổng quan: Vết thương tim là một cấp cứu tối khẩn cấp hiểm gặp nhưng lệ tử vong cao. Một số báo cáo cho thấy tỷ lệ tử vong trước viện khoảng 94% và tử vong khoảng 50% trong thời gian nằm viện. Việc cấp cứu và phẫu thuật khẩn cấp có vai trò quan trọng trong việc cứu sống bệnh nhân và cải thiện tiên lượng. Chúng tôi báo cáo 1 bệnh nhân được phẫu thuật thành công vết thương tim do tự đâm kết hợp bỏng thực quản do chất tẩy rửa. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 46 tuổi được đưa vào viện cấp cứu với nhiều vết

thương do dao đâm vào thành trước ngực trái và phải. Bệnh nhân ngay lập tức được đưa vào phòng mổ để phẫu thuật mà không tháo ngay dị vật. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật khẩn cấp, khâu vết thương nhu mô phổi, khâu tái tạo thành bên thất trái. **Bàn luận:** Chẩn đoán sớm và phẫu thuật nhanh chóng là những yếu tố quan trọng đối với bệnh nhân vết thương tim. Quá trình cầm máu phải được thực hiện kiên nhẫn từng bước một mà không lấy dị vật ra ngay lập tức. **Kết luận:** Trường hợp này nêu bật tầm quan trọng của việc điều trị phẫu thuật ngay để cứu sống những bệnh nhân vết thương nặng vùng lồng ngực.

Từ khóa: vết thương tim, cấp cứu, phẫu thuật khẩn cấp.

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: SURGERY ON A PATIENT WITH SELF-INFLICTED HEART AND LUNG INJURIES COMBINED WITH

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Vững

Email: vunghm108b2@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 26.8.2022

DETERGENT-INDUCED ESOPHAGEAL BURN

Overview: Cardiac penetrating injuries are rare but are more dangerous and fatal. The reported pre-hospital mortality rate of cardiac penetrating injury was 94%, and the in-hospital mortality rate was 50%. Emergency treatment and urgent surgery are important in saving lives and improving prognosis. We report one successfully operated patient with self-inflicted heart and lung injuries combined with a detergent-induced esophageal burn. **Clinical case:** A 46-year-old male patient was admitted to the emergency room with knife wounds to the left and right chest. The patient was immediately brought into the operating room for surgery without immediate removal of the foreign body. The patient underwent emergency surgery, sutured the lung parenchyma, and reconstructed the left ventricular wall. **Discussion:** Early diagnosis and prompt surgery are important factors for patients with cardiac injury. Hemostasis must be performed patiently step by step without immediate removal of the foreign body. **Conclusion:** This case highlights the importance of prompt surgical treatment to save the lives of patients with severe thoracic injuries.

Keywords: cardiac injury, emergency, urgent surgery.

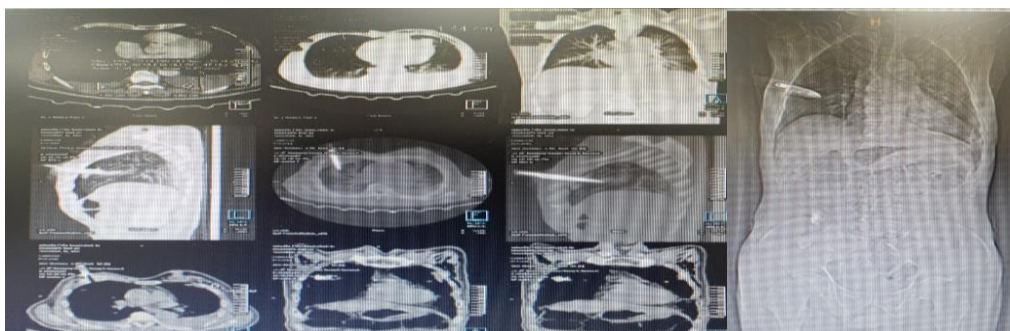
I. TỔNG QUAN

Các vết thương do vật sắc nhọn vào lồng ngực thường gây ra các tổn thương nặng nề, có thể gặp do tai nạn giao thông, tai nạn máy bay, tai nạn lao động...và có thể gây tử vong ngay lập tức [1]. Theo một số nghiên cứu, vết thương tim có tỷ lệ tử vong trước viện khoảng 95% và tử

vong khoảng 50% trong thời gian nằm viện [1]. Các trường hợp sống sót phải nhanh chóng được vận chuyển đến bệnh viện thích hợp có thể phẫu thuật và điều trị cứu sống bệnh nhân. Trong những trường hợp như vậy, thường là một cuộc chạy đua về thời gian để đánh giá hết tất cả tình trạng tổn thương và tiến hành hồi sức. Việc cấp cứu và phẫu thuật khẩn cấp có vai trò quan trọng trong việc cứu sống bệnh nhân và cải thiện tiên lượng. Do đó, việc cấp cứu điều trị các bệnh nhân có vết thương tim là một thách thức đối với chuyên ngành cấp cứu và phẫu thuật lồng ngực. Chúng tôi báo cáo một trường hợp cấp cứu phẫu thuật thành công một bệnh nhân bị vết thương thấu phổi 2 bên, vết thương thấu tim vào thành bên thất trái do tự đâm bằng dao và bông thực quản do tự uống chất tẩy rửa.

II. CA LÂM SÀNG

Hình ảnh bệnh nhân lúc nhập viện và vết thương thất trái



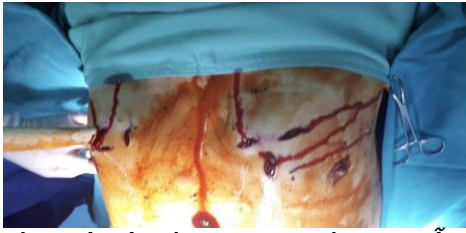
Hình ảnh tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh

Bệnh nhân nam, 46 tuổi, tiền sử rối loạn lo âu đang điều trị. Sau một stress bệnh nhân lấy dao tự đâm nhiều nhát vào phía trước ngực cả 2 bên và tự uống thuốc tẩy rửa bồn cầu (Vim) trước đó ít phút. Bệnh nhân được đưa vào cấp cứu trong tình trạng: ý thức lơ mơ, da niêm mạc nhợt, vết thương ngực trái chảy máu thấm băng nhiều, vết thương ngực phải ngập đến cán dao, còn dao trên ngực. Nhịp tim: 101 chu kỳ/phút, huyết áp: 100/60 mmHg, SpO₂: 90%.

Ngay lập tức bệnh nhân được tiến hành hồi sức, cố định dị vật. Chụp CT ngực thấy tổn

thương tràn máu, tràn khí màng phổi 2 bên, ít dịch màng ngoài tim, còn dị vật trong thành ngực. Công thức máu: Hồng cầu: 2,91 T/L, HGB:99 g/L, HCT: 0,27 L/L. Khí máu: pH: 7,33; PaCO₂:46 mmHg, PaO₂: 89mmHg.

Kíp phẫu thuật cấp cứu khẩn cấp được tiến hành gồm bác sĩ phẫu thuật lồng ngực và phẫu thuật tim mạch. Kiểm tra bên ngoài thành ngực thấy phía trước ngực trái có 4 vết thương, ngực phải có 3 vết thương trong đó có 1 vết đâm ngập tới cán dao còn giữ nguyên dị vật (Hình ảnh bên dưới).



Hình ảnh bộc lộ thành ngực trước khi phẫu thuật

Kíp phẫu thuật đã thực hiện dẫn lưu màng phổi 2 bên, mở ngực kiểm tra tổn thương thấy 2 vết thương nhu mô thùy trên phổi trái dài 2cm, sâu 1,5cm, rò khí, màng ngoài tim có vết thương. Mở màng ngoài tim thấy vết thương thấu tim tại thành bên thất trái, màng ngoài tim có máu. Đã tiến hành khâu vết thương tim lớp thượng tâm mạc, dẫn lưu màng ngoài tim, khâu vết thương nhu mô phổi trái. Kiểm tra phổi phải có 2 vết thương dài 2cm, sâu 2cm, rò khí. Đã tiến hành khâu vết thương nhu mô phổi.

Nội soi dạ dày thực quản sau 20 giờ thấy viêm loét sâu tại thực quản. Sau điều trị 3 ngày bệnh nhân được rút dẫn lưu khoang màng phổi, ra viện sau 7 ngày trong tình trạng tỉnh táo, huyết động ổn định, ăn quan sonde dạ dày.

III. BÀN LUẬN

Vết thương tim có thể được phân loại là loại không xuyên thấu (được gọi là vết thương do vật tù) và vết thương xuyên thấu. Các vết thương tim xuyên thấu rất hiếm nhưng nguy hiểm hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn. Chẩn đoán sớm và phẫu thuật ngay lập tức là điều cần thiết để cứu sống bệnh nhân. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ tử vong tăng lên khi kết hợp vết thương tim với tổn thương ngoài tim [2] [3]. Trong xử trí bệnh nhân, nguyên tắc bắt buộc là không được chậm trễ phẫu thuật. Phẫu thuật khẩn cấp đã được chứng minh nâng cao tỷ lệ sống cho bệnh nhân.

Trong trường hợp của chúng tôi, thời gian từ khi bệnh nhân vào khoa cấp cứu đến khi được phẫu thuật là 1,5 giờ. Ở hầu hết các bệnh nhân bị vết thương tim xuyên thấu đến bệnh viện, chảy máu có thể đã ngừng hoặc có thể đã thuyên giảm bởi máu màng ngoài tim gây ép tim, hạ huyết áp, đông máu và tràn khí màng phổi. Cần lưu ý đảm bảo sự cân bằng này không bị phá vỡ trước khi phẫu thuật. Gao và cộng sự đề xuất ba nguyên tắc trong cấp cứu điều trị vết thương tim [4]: Đầu tiên, nên tránh truyền máu quá nhiều [5]. Thứ hai, chọc dò màng tim trước phẫu thuật không nên thực hiện. Xuất huyết có thể tái phát do giảm áp và bất cục máu đông, có thể gây ra các tổn thương do chọc hút [6]. Thứ ba, để ngăn ngừa tràn khí màng phổi áp lực khi

gây mê có thể tiến hành dẫn lưu màng phổi. Việc có dịch máu màng ngoài tim gây ép tim (tamponade) vừa phải có thể tạm thời cầm máu từ tim và nguy cơ ngừng tim tương đối thấp. Một số tác giả cho rằng, tamponade là yếu tố dự đoán độc lập về khả năng sống sót và làm giảm tỷ lệ tử vong [7]. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có vết thương thấu ngực (vết thương phổi 2 bên), tổn thương tim ở lớp thượng tâm mạc nên chưa có ép tim. Toàn trạng bệnh nhân nặng do các tổn thương kết hợp trên nền bệnh cảnh rối loạn lo âu do đó quá trình điều trị xuất hiện nhiều yếu tố nguy cơ.

Trong các trường hợp vết thương tim được đưa đến với các dị vật, cần phải giữ lại và duy trì các dị vật tại vị trí của nó cho đến khi vị trí chảy máu được xác định và quá trình cầm máu được tiến hành. Việc loại bỏ sớm các dị vật có thể làm giải phóng các tác động chèn ép lên mạch chính hoặc các khoang cơ thể dẫn đến chảy máu ồ ạt làm tình trạng bệnh nhân nặng thêm, thậm chí gây tử vong. Việc loại bỏ ngay lập tức các dị vật cũng có thể gây tổn thương thêm các mô xung quanh và làm trầm trọng thêm chấn thương [8].

IV. KẾT LUẬN

Kinh nghiệm rút ra trong ca lâm sàng này là chẩn đoán sớm, hồi sức tích cực, không loại bỏ dị vật tức thì và phẫu thuật nhanh chóng là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự sống còn của bệnh nhân bị vết thương thấu tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agha R. A., Borrelli M. R., Farwana R., et al.,** The SCARE 2018 statement: Updating consensus Surgical Case Report (SCARE) guidelines. *Int J Surg*, 2018. 60: p. 132-136.
2. **Campbell N. C., Thomson S. R., Muckart D. J., et al.,** Review of 1198 cases of penetrating cardiac trauma. *Br J Surg*, 1997. 84(12): p. 1737-40.
3. **Mina M. J., Jhunjhunwala R., Gelbard R. B., et al.,** Factors affecting mortality after penetrating cardiac injuries: 10-year experience at urban level I trauma center. *Am J Surg*, 2017. 213(6): p. 1109-1115.
4. **Gao J. M., Gao Y. H., Wei G. B., et al.,** Penetrating cardiac wounds: principles for surgical management. *World J Surg*, 2004. 28(10): p. 1025-9.
5. **Hashim R., Frankel H., Tandon M., et al.,** Fluid resuscitation-induced cardiac tamponade. *J Trauma*, 2002. 53(6): p. 1183-4.
6. **Demetriades D.,** Cardiac wounds. Experience with 70 patients. *Ann Surg*, 1986. 203(3): p. 315-7.
7. **Tyburski J. G., Astra L., Wilson R. F., et al.,** Factors affecting prognosis with penetrating wounds of the heart. *J Trauma*, 2000. 48(4): p. 587-90.
8. **Muhammad Afzal R., Armughan M., Javed M. W., et al.,** Thoracic impalement injury: A survivor with large metallic object in-situ. *Chin J Traumatol*, 2018. 21(6): p. 369-372.