

## **8. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VỠ PHẾ QUẢN DO CHẤN THƯƠNG NGỰC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Vỡ phế quản trong chấn thương ngực kín do tai nạn giao thông, ngã từ trên cao xuống... thường gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương, suy hô hấp là dấu hiệu nổi bật khi thăm khám người bệnh.

Mọi cấp cứu nhằm giải phóng khoang màng phổi, thông thoáng đường thở sớm nhất có thể được vì thường gặp tràn máu, tràn khí màng phổi dưới áp lực.

Phẫu thuật là phương pháp duy nhất mới hi vọng cứu sống người bệnh.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Phẫu thuật cấp cứu: Vỡ phế quản thông với khoang màng phổi (tràn máu, tràn khí dưới áp lực).
- Phẫu thuật cấp cứu trì hoãn: Vỡ phế quản không thông với khoang màng phổi, không có suy hô hấp.
- Xét phẫu thuật phục hồi phế quản ở những người bệnh đa chấn thương, có tổn thương các tạng khác đe dọa tính mạng cần phẫu thuật trước.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Cân nhắc khả năng phục hồi phế quản hoặc cắt thùy phổi hoặc cắt phổi trong trường hợp có tổn thương nặng khác đe dọa tính mạng người bệnh.
- Không phục hồi phế quản trong trường hợp vỡ phế quản thông với khoang màng phổi đến muộn có mũ màng phổi.

### **VI. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

- Cần chuyển người bệnh đến cơ sở phẫu thuật chuyên khoa nếu nghi ngờ có vỡ phế quản.
- Phải nắm vững các nguyên tắc sơ cứu, xử trí thì đầu.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và các nguy cơ có thể xảy ra khi vận chuyển hoặc phẫu thuật.

#### **2. Phương tiện:**

- Có đầy đủ trang thiết bị buồng phẫu thuật tim mạch và lồng ngực như: ống nội khí quản 2 nòng (ống thông Carlens), chỉ khâu tự tiêu (PDS, Vicryl), mạch máu, dụng cụ phẫu thuật phổi...
- Chụp Xquang tại giường.
- Thiết bị nội soi trong buồng phẫu thuật.

#### **3. Người bệnh:**

- Được giải thích rõ về bệnh, các nguy cơ rủi ro trong và sau phẫu thuật.
- Đồng ý phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật.

#### **4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Vô cảm:**

- Chỉ gây mê và khởi mê sau khi đã dẫn lưu màng phổi tối thiểu.
- Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản 2 nòng (ống nội khí quản chọn lọc cho từng bên phổi).
- Phối hợp với phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật, soi hút phế quản, bơm rửa khí-phế quản.

#### **2. Kỹ thuật:**

- Mở ngực khoang liên sườn IV-V sau bên
- Phẫu tích phế quản, khâu nối bằng chỉ tiêu chậm.
- Các trường hợp có máu trong nội khí quản hoặc đến muôn cần bơm rửa phế quản đầu ngoại vi trước khi nối.
- Đặt 2 dẫn lưu ngực (trước-sau), phòng phổi trước khi đóng ngực.
- Tôn thương phế quản thùy, phân thùy hoặc phế quản gốc kèm theo dập phổi, tình trạng nặng, xét khả năng cắt bỏ để cứu sống người bệnh.

### **VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

#### **1. Theo dõi:**

- Trong buồng hồi sức:
  - + Theo dõi các chức năng sống 30 phút/ 1 lần, ghi hồ sơ bệnh án.
  - + Đảm bảo dẫn lưu ngực thông tốt và hút liên tục dưới áp lực 20-25 cm H<sub>2</sub>O.
  - + Mọi thay đổi như: dẫn lưu ra quá nhiều máu, khí, tụt huyết áp, bão hòa oxy giảm ... cần báo ngay cho phẫu thuật viên.
- Trong buồng bệnh:
  - + Hướng dẫn người bệnh tập thở ngay sau khi rút nội khí quản.
  - + Rút dẫn lưu theo chỉ định của phẫu thuật viên.
  - + Theo dõi các biến chứng: Tràn dịch, tràn máu màng phổi, bục chỗ nối phế quản.
  - + Theo dõi toàn thân và tình trạng nhiễm trùng.
  - + Xquang ngực kiểm tra trước khi ra viện.
  - + Hẹn khám lại 3-6 tháng/1 lần trong năm đầu sau phẫu thuật.

#### **2. Tai biến – biến chứng và các xử trí:**

- Tràn dịch, tràn máu màng phổi: Xử trí như tràn dịch, tràn máu màng phổi.
- Bục chỗ nối phế quản: Phẫu thuật lại.