

## DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT CHARACTERISTICS OF HEMO-PNEUMOTHORAX CAUSED BY BLUNT CHEST TRAUMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL, 2022–2023

Van Dinh Dat<sup>1\*</sup>, Duong Duc Hung<sup>1,2</sup>, Pham Huu Lu<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

<sup>2</sup>Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 13/10/2025

Revised: 13/11/2025; Accepted: 24/02/2026

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the diagnostic and surgical treatment characteristics of patients with hemothorax and/or pneumothorax caused by blunt chest trauma at Viet Duc University Hospital during the period 2022–2023.

**Methods:** A retrospective descriptive study. All patients were evaluated using a standardized data collection form, focusing on clinical symptoms, chest X-ray findings, surgical methods, and early treatment outcomes.

**Results:** Surgery was the main treatment modality for blunt chest trauma. The majority of cases were managed with tube thoracostomy (87,6%), while only 12,3% required thoracotomy. The mean age was  $48,8 \pm 14,8$  years; males accounted for 74,9% of patients. The leading cause of injury was traffic accidents (53,2%). The most common condition was hemopneumothorax (75,3%). Rib fractures were present in most patients (93,5%). Associated injuries included traumatic brain injury (28,1%), blunt abdominal trauma (16,3%), and bone and joint injuries (35%). Surgical treatment consisted of chest tube drainage in 87,6% and thoracotomy in 12,4% of cases. Treatment outcomes were good in 79,8% of patients, with a mean chest tube duration of  $5,2 \pm 2,4$  days.

**Conclusion:** Surgical management of hemothorax and/or pneumothorax due to blunt chest trauma at Viet Duc University Hospital achieved good early outcomes and a low complication rate.

**Keywords:** Blunt chest trauma, hemo-pneumothorax, chest tube.

---

\*Corresponding author

Email: vandinhdat.1601@gmail.com Phone: (+84) 389080567 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4346

# ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA TRÀN MÁU – TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI DO CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2022-2023

Văn Đình Đạt<sup>1\*</sup>, Dương Đức Hùng<sup>1,2</sup>, Phạm Hữu Lưu<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 13/10/2025

Ngày sửa: 13/11/2025; Ngày đăng: 24/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm chẩn đoán và điều trị ngoại khoa bệnh nhân tràn máu - tràn khí màng phổi do chấn thương ngực kín tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2022-2023.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân được xác định các chỉ tiêu nghiên cứu theo một mẫu thống nhất, chú trọng đến các tiêu chí về triệu chứng lâm sàng, X-quang lồng ngực, phương pháp phẫu thuật và kết quả ban đầu.

**Kết quả:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản chấn thương ngực kín. Phẫu thuật chủ yếu là dẫn lưu màng phổi (87,6%), chỉ có 12,3% phải mở ngực. Tuổi trung bình: 48,8±14,8; nam giới: 74,9%. Nguyên nhân chủ yếu: tai nạn giao thông (53,2%). Thể bệnh chính: tràn máu - tràn khí màng phổi (75,3%), Tổn thương gãy xương sườn gặp ở hầu hết bệnh nhân (93,5%). Các tổn thương đi kèm gồm chấn thương sọ não (28,1%), chấn thương bụng kín (16,3%), chấn thương xương khớp (35%). Điều trị ngoại khoa: Dẫn lưu màng phổi chiếm 87,6% và mở ngực chiếm 12,4%. Kết quả: Tốt (79,8%), thời gian đặt dẫn lưu trung bình là 5,2± 2,4 ngày.

**Kết luận:** Điều trị ngoại khoa bệnh nhân tràn máu – tràn khí màng phổi do chấn thương ngực kín tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức cho kết quả sớm tốt và tỉ lệ biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Chấn thương ngực kín, tràn máu - tràn khí màng phổi, dẫn lưu màng phổi.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực kín (CTNK) là những chấn thương gây tổn thương vào thành ngực và các tạng trong lồng ngực nhưng khoang màng phổi không thông với bên ngoài[1]. Đây là một cấp cứu ngoại khoa nặng và thường gặp. Theo các báo cáo, CTNK là yếu tố chính gây tử vong cho khoảng 20 - 50% số nạn nhân bị đa chấn thương[2,3]. Nguyên nhân thường gặp nhất trong chấn thương ngực kín là tai nạn giao thông (70,6%), tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 23,5% và 5,9%[4,5]. 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, dập phổi, tràn khí máu màng phổi, màng sườn di động, chấn thương tim hoặc đường dẫn khí lớn (5%) và có thể phối hợp với các chấn thương khác: sọ não, bụng, tử chi[5,6].

Chấn thương ngực kín gây ra các tổn thương giải phẫu ở lồng ngực, dẫn đến rối loạn sinh lý bệnh nhanh chóng trên cơ quan hô hấp và tuần hoàn, ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe và tính mạng người bệnh, trong đó có bệnh cảnh tràn máu – tràn khí màng phổi. Do đó, việc phát hiện, chẩn đoán nhanh, xử trí kịp thời và chính xác có ý nghĩa quyết định trong cứu sống bệnh nhân và giảm tỷ lệ thương tật. Để tìm hiểu thực trạng của vấn đề này, chúng tôi thực

hiện nghiên cứu đánh giá đặc điểm chẩn đoán và kết quả điều trị ngoại bệnh nhân tràn máu - tràn khí màng phổi do chấn thương ngực kín nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân tràn máu – tràn khí màng phổi do chấn thương ngực kín được phẫu thuật dẫn lưu màng phổi hoặc mở ngực và được điều trị và theo dõi tại Trung tâm tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn từ 01/2022 đến 12/2023, không phân biệt tuổi, giới tính, có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ theo quy định.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Được chẩn đoán xác định tràn máu – tràn khí màng phổi do chấn thương ngực kín đơn thuần hoặc có kèm tổn thương khác, bệnh nhân được điều trị can thiệp ngoại khoa (Dẫn lưu màng phổi hoặc phẫu thuật), không phân biệt giới tính, độ tuổi

- Tiêu chuẩn loại trừ: Tràn máu - tràn khí màng phổi không phải do chấn thương ngực kín, những bệnh nhân đã được dẫn lưu màng phổi, phẫu thuật tại tuyến dưới, những trường hợp không có đủ hồ sơ bệnh án, tư liệu phục vụ.

\*Tác giả liên hệ

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Cỡ mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện bao gồm các bệnh nhân tràn máu - tràn khí màng phổi do chấn thương ngực kín.

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Tim mạch và Lòng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Bệnh nhân được điều trị trong giai đoạn 2022-2023.

Thu thập thông tin bằng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

### 2.2.2 Biến số nghiên cứu: Biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm chung, triệu chứng lâm sàng, cắt lớp vi tính lồng ngực, phương pháp phẫu thuật và kết quả ban đầu.

- Chấn thương ngực kín đơn thuần: Là tổn thương chỉ tại lồng ngực, hoặc các tạng trong lồng ngực, không có sự thông thương với môi trường bên ngoài.

- Đa chấn thương: Đa chấn thương là tình trạng bệnh nhân bị nhiều tổn thương cùng lúc, trong đó có ít nhất một tổn thương nặng đe dọa tính mạng hoặc sự kết hợp của nhiều tổn thương có thể gây tử vong.

- Chỉ định dẫn lưu khoang màng phổi: Tràn máu tràn - khí màng phổi mức độ trung bình hoặc nặng. Trong một số nghiên cứu, chỉ định dẫn lưu khí chấn thương ngực có biểu hiện lâm sàng và có tràn khí màng phổi hoặc tràn máu màng phổi trên x-quang ngực, hoặc có độ dày 30mm trở lên trên siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực[5].

- Mở ngực: Những bệnh nhân phẫu thuật mở ngực hoặc phẫu thuật lồng ngực có nội soi hỗ trợ cấp cứu ở thì đầu hoặc sau khi đã dẫn lưu màng phổi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. (Không bao gồm bệnh nhân kết hợp xương sườn sau dẫn lưu màng phổi).

- Chỉ định mở ngực cấp cứu[5]:

+ Tràn máu khoang màng phổi nhiều có sốc mất máu hay TMMP nhiều không cầm sau DLMP. Cụ thể:

++ DLMP ra ngay > 1500ml máu, với thời gian từ khi bị thương đến khi dẫn lưu < 6 giờ, tình trạng huyết động không ổn định.

++ Sau khi DLMP máu tiếp tục chảy ra qua dẫn lưu với lưu lượng trên 200ml – 300ml/ giờ x 2 – 3 giờ liên tục.

+ DLMP ra khí liên tục, số lượng nhiều, lâm sàng và x-quang phổi không nở, tình trạng huyết động không cải thiện (SpO<sub>2</sub> thấp).

+ TMMP có máu đông màng phổi, chấn thương tim, chấn thương mạch máu lớn

- Chỉ định mở ngực có chuẩn bị[5]:

+ Máu đông trong khoang màng phổi

+ Mủ màng phổi sau chấn thương

+ Tụ máu trong nhu mô phổi bội nhiễm

- Xếp loại kết quả sớm (9):

+ Kết quả tốt: Hết đau ngực hoặc còn đau mà giảm nhiều, hết khó thở, RRPN bình thường hoặc giảm, không khó thở không có biến chứng. Xquang phổi nở tốt, hết dịch hết khí hoặc mờ nhẹ góc sườn hoành.

+ Kết quả trung bình: Còn đau ngực, khó thở nhẹ, RRPN phổi giảm rõ, phải xoay chỉnh lại dẫn lưu hoặc chọc hút màng phổi bổ sung. Sau khi xử trí đạt kết quả tốt

+ Kết quả kém: còn đau ngực, khó thở nhẹ, RRPN phổi giảm nhiều, phải can thiệp thêm.

### 2.2.3 Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023, có 203 bệnh nhân chẩn đoán tràn máu – tràn khí màng phổi đã được điều trị ngoại khoa với nam chiếm 74,9% và 25,1% là nữ. Tuổi thấp nhất là 15, tuổi lớn nhất là 87, trung bình 48,8 ± 14,8

### 3.1. Nguyên nhân tai nạn

Bảng 1. Phân bố theo nguyên nhân tai nạn

Nguyên nhân		n	%	Tổng	%
Tai nạn lao động		33	16.3	33	16.3
Tai nạn sinh hoạt		62	30.5	62	30.5
Tai nạn giao thông	Va chạm với cột mốc	28	13.7	108	53.2
	Va chạm với xe khác	80	39.4		

Nhận xét: Tai nạn giao thông chiếm đa số trong các nguyên nhân tai nạn, chiếm 53,2%, trong đó chủ yếu là va chạm với phương tiện giao thông khác, chiếm 39,4%. Tiếp đến là do tai nạn sinh hoạt chiếm 30,5% chủ yếu là ngã cao.

### 3.2. Phân bố cơ quan tổn thương

Bảng 2. Tổn thương lồng ngực và tổn thương phối hợp (N = 203)

Tổn thương	n	%	
Đơn thuần	88	43,3	
Phối hợp	Bụng	33	16,3
	Sọ	57	28,1
	Xương	71	35

Nhận xét: Số bệnh nhân tổn thương ngực kín đơn thuần chiếm 43,3%, còn lại 56,7% có kèm theo các chấn thương ở cơ quan khác như bụng (16,3%), sọ não (28,1%), xương khớp (35%). Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương nhiều cơ quan chiếm phần lớn bệnh nhân cấp cứu tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức

### 3.3. Triệu chứng thực thể tại lồng ngực

Triệu chứng đau chói khi ấn thành ngực chiếm đa số các bệnh nhân với tỷ lệ 90,1%, rì rào phế nang giảm, mất cũng chiếm tỷ lệ cao với 70,4% (Bảng 3).

Bảng 3. Phân bố triệu chứng tại lồng ngực (N = 203)

Triệu chứng thực thể	n	%
Bầm tím, tụ máu, xây xát thành ngực	122	60,1
Đau chói khi ấn thành ngực	183	90,1
Màng sườn di động	11	5,4
TKDD	41	20,2
Rì rào phế nang giảm hoặc mất	143	70,4

#### 4. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính ngực

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương lồng ngực (N = 203)

Tổn thương	Thành ngực			Tổn thương khoang màng phổi				
	Tràn khí dưới da	Gãy xương sườn	Màng sườn di động	Tràn máu màng phổi	Tràn khí màng phổi	Tràn máu - tràn khí màng phổi	Đụng dập nhu mô	Vỡ nhu mô phổi
n	41	190	13	41	9	153	25	10
%	20,2	93,5	6,4	20,3	4,4	75,3	12,3	4,9

#### 3.5. Đặc điểm chung can thiệp ngoại khoa

Bảng 5. Đặc điểm chung phẫu thuật chấn thương ngực kín (N = 203)

Đặc điểm		n	%
Can thiệp ngoại khoa	Dẫn lưu màng phổi	178	87,6
	Mở ngực	25	12,4
Thời gian từ khi vào viện đến khi phẫu thuật	<1h	8	3,9
	1h – 6h	57	28,1
	>6h – 24h	113	55,7
	>24h	25	12,3
Phẫu thuật phổi hợp cơ quan khác	Bụng	15	7,4
	Sọ não	18	8,9
	Xương khớp	36	17,7

Nhận xét Bảng 4: Đa số bệnh nhân đều có tổn thương gãy xương sườn (93,5%), trong đó có 6,4% có màng sườn di động. Tất cả bệnh nhân đều có tổn thương khoang màng phổi, tràn máu - tràn khí màng phổi chiếm phần lớn với 75,3%, tràn máu khoang màng phổi chiếm 20,3%. Có 12,3% bệnh nhân có đụng dập nhu mô phổi và 4,9% vỡ nhu mô.

Nhận xét Bảng 5: Phẫu thuật dẫn lưu màng phổi là chủ yếu với tỉ lệ 87,6%, chỉ có 12,4% là phải mở ngực. Có 55,7% bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 6-24h. Phẫu thuật phổi hợp với bệnh nhân có chấn thương xương khớp đi kèm chiếm phần lớn với 17,7% (Bảng 5).

#### 3.6. Biến chứng sau dẫn lưu màng phổi

Bảng 6. Xử trí biến chứng sau dẫn lưu màng phổi (N=178)

Xử lý biến chứng	Xoay hút dẫn lưu		Thêm dẫn lưu		Soi phế quản		Mổ máu cục màng phổi	
	CTNK đơn thuần	ĐCT	CTNK đơn thuần	ĐCT	CTNK đơn thuần	ĐCT	CTNK đơn thuần	ĐCT
Số lượng	7	20	1	4	2	6	2	12
Tỉ lệ (%)	3,9	11,2	0,5	2,3	1	3,4	1	6,4
Tổng	27 (15,3%)		5 (2,8%)		8 (4,5%)		14 (7,8%)	

Nhận xét: Tỷ lệ cần phổi hợp xử trí thêm sau dẫn lưu màng phổi là 54/178 bệnh nhân (chiếm 30,3%) bao gồm lý liệu pháp tích cực và xoay hút dẫn lưu chiếm 15,3%. Có 14 bệnh nhân chiếm 7,8% phải mổ nội soi lấy máu cục màng phổi

Thời gian từ khi dẫn lưu màng phổi đến khi rút dẫn lưu trung bình là 5,2±2,4 ngày, trong đó ngắn nhất là 2 ngày và lâu nhất là 15 ngày

Thời gian nằm viện trung bình là 11±6,5 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 1 ngày, thời gian nằm viện dài nhất là 49 ngày

Kết quả chung tốt chiếm 79,8%.

#### 4. BÀN LUẬN

Chấn thương ngực kín là một bệnh cảnh thường gặp trên lâm sàng và thường gặp trong những trường hợp đa chấn thương. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một số bàn luận như sau:

#### 4.1. Đặc điểm chung

Giới tính: tương tự như các nghiên cứu về chấn thương ngực chung, nam giới luôn chiếm tỉ lệ cao hơn so với nữ giới. Tỉ lệ Nam/ Nữ trong nghiên cứu này xấp xỉ 3/1 còn theo Nguyễn Hữu Ước[5] là 6.4/1. Tuổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy chấn thương ngực kín cần can thiệp ngoại khoa có thể gặp ở mọi lứa tuổi (15-87) với độ tuổi trung bình là 48,8%, trong đó tỷ lệ gặp ở nhóm tuổi từ 40 – 59 tuổi cao (46,3%). Các số liệu này khá tương đồng với một số nghiên cứu khác[7,8]. Nguyên nhân: Theo nguyên nhân của chúng tôi, nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 53,2%, theo Đặng Ngọc Hùng[8] thì chấn thương ngực kín do tai nạn giao thông là 64,7%, theo Đoàn Duy Hùng[9] thì tỉ lệ này là 59,3%. Như vậy, tai nạn giao thông vẫn là nguyên nhân chính gây nên chấn thương ngực kín nói chung cũng như chấn thương ngực kèm các tổn thương khác nói riêng. Tuy nhiên, tỷ lệ nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt cũng chiếm tới 30,5% trong nghiên cứu này, với các tai nạn như ngã cao hoặc vật nặng đổ vào người.

#### 4.2. Tổn thương giải phẫu

Số bệnh nhân chấn thương ngực kín trong bệnh cảnh đa chấn thương chiếm phần lớn với 56,7%. Số liệu này có cao hơn so với 48,7% theo nghiên cứu của Đoàn Duy Hùng[9] tại bệnh viện Xanh Pôn là 48,7%. Điều này có thể thấy bệnh nhân vào bệnh viện hữu nghị Việt Đức chủ yếu là những bệnh nhân trong tình trạng đa chấn thương.

#### 4.3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng chính khi vào viện là đau ngực 90,1%, đây là dấu hiệu thường được khai thác khi mới tiếp xúc bệnh nhân, giúp định hướng vị trí tổn thương. Với những bệnh nhân can thiệp ngoại khoa, dấu hiệu rì rào phế nang giảm hoặc mất chiếm 70,4% trường hợp. Tỷ lệ phát hiện thấy mảng sườn di động chiếm tỉ lệ 5,4%, bầm tím, xây xát thành ngực (60,1%). Các triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu này tương đương với một số nghiên cứu khác[9]

#### 4.4. Trong tổn thương tại lồng ngực

Tràn máu tràn khí màng phổi chiếm số lượng lớn với 75,3%, số liệu này tương đương với tác giả Nguyễn Hữu Ước[5]. Gãy xương sườn có hầu hết ở bệnh nhân chấn thương ngực kín cần can thiệp ngoại khoa, chiếm 93,5%,. Trong một số trường hợp có thể có tổn thương màng phổi mà không có gãy xương sườn (6,7%)[10].

#### 4.5. Đặc điểm chung can thiệp ngoại khoa chấn thương ngực kín

Phương pháp điều trị chủ yếu bệnh nhân tràn máu – tràn khí màng phổi do chấn thương ngực kín là dẫn lưu màng phổi 87,6%, phẫu thuật mở ngực 12,4% thường trong bệnh cảnh đa chấn thương nặng. Số liệu này phù hợp với Nguyễn Hữu Ước với 88,9% dẫn lưu màng phổi và 11,1% mở ngực; Nguyễn Thế Hiệp với 87,.% dẫn lưu màng phổi, 12,7% mở ngực[5]. Phần lớn bệnh nhân được can thiệp trong vòng 6-24h kể từ khi vào viện (55,7%). Có 8 trường hợp được đặt dẫn lưu ngay khi vào viện thường những bệnh nhân trong tình trạng suy hô hấp nặng. Tỷ lệ phẫu thuật chấn thương ngực kín phổi hợp cơ quan khác chiếm 34%.

#### 4.6. Kết quả điều trị

Thời gian từ khi dẫn lưu màng phổi đến khi rút dẫn lưu trung bình là 5,2±2,4 ngày, trong đó ngắn nhất là 2 ngày và lâu nhất là 15 ngày. Kết quả này có thời gian ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Konstantina Chrysou nghiên cứu ảnh hưởng của chấn thương ngực trên các bệnh nhân đa chấn thương, thời gian đặt dẫn lưu trung bình là 7,5 ngày[11].

Mặc dù các bệnh nhân được chẩn đoán, dẫn lưu màng phổi sớm, được thực hiện lý liệu pháp hô hấp ngay say khi về bệnh phòng nhưng do có các tổn thương cơ quan khác nên vấn đề phối hợp tập luyện, tập thở, thay đổi tư thế của các bệnh nhân kém hơn so với nhóm nguyên cứu chấn thương ngực đơn thuần.

Kết quả: Thời gian nằm viện trung bình là 11±6,5 ngày, kết quả chung tốt chiếm 79,8%. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 1 ngày, thời gian nằm viện dài nhất là 49 nguyên nhân do tình trạng bệnh nhân nặng phối hợp nhiều cơ quan khác. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Konstantina Chrysou thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân chấn thương ngực trên bệnh nhân đa chấn thương là 11 ngày[11].

Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm, chưa đánh giá theo thang điểm tổn thương ngực (AIS, ISS, CTS). Việc thiếu dữ liệu về mức độ tổn thương và thông khí có thể ảnh hưởng đến khả năng phân tích đa biến các yếu tố tiên lượng.

### 5. KẾT LUẬN

Điều trị ngoại khoa tràn máu - tràn khí màng phổi chủ

yếu là dẫn lưu màng phổi. Đây là một trong những bệnh cảnh lâm sàng nặng đặc biệt ở những bệnh nhân đa chấn thương. Kết quả chăm sóc và điều trị, lý liệu pháp hô hấp được thực hiện sớm và đầy đủ giúp rút ngắn thời gian đặt dẫn lưu khoang màng phổi và cho kết quả điều trị khả quan

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đặng Hanh Đệ. Chấn thương ngực. Y học Hà Nội; 1985. 169 tr.
- [2] Walia BS, Dugg P, Sharma S. Clinical Features, Management, and Outcomes of Chest Trauma at a Tertiary-Care Centre in India: A Retrospective Observational Study. Sci World J. 2021;2021(1):8052586. doi:10.1155/2021/8052586
- [3] Ludwig C, Koryllos A. Management of chest trauma. J Thorac Dis. Tháng Tư 2017;9(Suppl 3):S172–7. doi:10.21037/jtd.2017.03.52
- [4] 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 Học Việt Nam. 16 Tháng Chạp 2021 21 Tháng Sáu 2025;507(1). doi:10.51298/vmj.v50711.1351
- [5] Nguyễn Hữu Ước, Phạm Hữu Lự, 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, 402–13.
- [6] Lưu Sĩ Hùng. 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, 86–9.
- [7] Nguyễn Hữu Ước. Một số cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp về tim mạch lồng ngực. Trong: Ngoại khoa. Nhà xuất bản Y học; 2002. tr 43.
- [8] Đặng Ngọc Hùng và cộng sự. Một số nhận xét về đặc điểm triệu chứng, sơ cứu và cấp cứu chấn thương ngực kín qua 139 trường hợp tại bệnh viện 103. 2006;2–11.
- [9] Đoàn Duy Hùng. 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. 2 Tháng Mười-Một 2020;14:3–9. doi:10.47972/vjcts.v14i.165
- [10] Serife Tuba Liman, Akin Kuzucu, Abdullah Irfan Tastepe, Gulay Neslihan Ulasan, Salih Topcu, Chest injury due to blunt trauma, European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, Volume 23, Issue 3, March 2003, Pages 374–378, [https://doi.org/10.1016/s1010-7940\(02\)00813-8](https://doi.org/10.1016/s1010-7940(02)00813-8)
- [11] Chrysou K, Halat G, Hokschi B, Schmid RA, Kocher GJ. Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients—still a relevant problem? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 20 Tháng Tư 2017;25(1):42. doi:10.1186/s13049-017-0384-y